

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM PSICOLOGIA - DESENVOLVIMENTO E
INTERVENÇÃO EM CONTEXTOS EDUCATIVOS

AS HABILIDADES SOCIAIS
EM DEPENDENTES DE ÁLCOOL – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Helder Antonio Henriques Marques

Sob a orientação de:
Profª Doutora Maria Madalena Vaz Pereira Melo



169 845

Évora
Julho de 2009

Dedicatória

À minha esposa e filhos

Agradecimentos

Uma dissertação, apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas.

Sem esses contributos, esta investigação não teria sido possível.

Em primeiro lugar á minha esposa e aos meus filhos que sempre me apoiaram com palavras de ânimo e conforto e um pedido de desculpas pelo tempo que lhe retirei.

Á Professora Doutora Maria Madalena Vaz Pereira Melo, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por me continuar a acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento e pelo desenvolvimento profissional.

Obrigado aos colaboradores que prescindiram de algum do seu precioso tempo para me ajudar a aplicar questionários nos seus locais de trabalho, em especial á Enf^ª Chefe Celeste Dias e ao Enf^º David Paniagua do Centro Regional de Alcoologia do Sul (Agora Unidade de Alcoologia de Lisboa), ao Enf^º Chefe Rui Dias do Centro Regional de Alcoologia do Norte (Agora Unidade de Alcoologia do Porto), ao Enf^º Antero Campeão, enfermeiro responsável da Unidade de Saúde Familiar Eborae em Évora, e aos meus alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora.

Obrigado aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo, nomeadamente á Directora do Centro Regional de Alcoologia do Norte, Dr^a Rosa Encarnação; ao Director do Centro Regional de Alcoologia do Sul, Prof. Dr. Domingos Neto; á Directora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espirito Santo de Évora, Dr^a Clara Rosa; ao Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Eborae, Dr Rogério Costa, o meu muito obrigado.

Obrigado aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo, mas que não foi possível operacionalizar a aplicação dos questionários em tempo útil, por dificuldades diversas, nomeadamente na Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos do Hospital Miguel Bombarda e na Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos do Hospital Dr José Maria Grande de Portalegre.

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Domingos Neto, Director do anteriormente denominado Centro Regional de Alcoologia do Sul, pelo enorme interesse e disposição em colaborar sempre que solicitada a sua ajuda.

Obrigado a todas as pessoas que aceitaram colaborar neste estudo respondendo ao questionário.

Agradeço, também, á Prof^a Dr^a Eliane Falcone da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e á Prof^a Dr^a Elena Gismero González do Departamento de Psicología da Facultad Ciencias Humanas y Sociales da Universidad Pontificia Comillas em Madrid, pela simpatia, disponibilidade e material fornecido.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

ÍNDICE

	Folha
RESUMO	10
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO	14
ESTUDO TEÓRICO	22
I- AS HABILIDADES SOCIAIS	23
1. INTRODUÇÃO	23
2. ORIGEM HISTORICA DO ESTUDO DAS HABILIDADES SOCIAIS ----	27
3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES	32
3.1. Conceito de Habilidade Social	32
3.2. A assertividade e as habilidades sociais	37
3.3. Competência social versus habilidades sociais	39
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS HABILIDADES SOCIAIS	44
4.1. Componentes das habilidades sociais	44
4.1.1 <u>Componente comportamental e verbal</u>	46
4.1.2 <u>Componente cognitivo</u>	49
4.1.3 <u>Componente fisiológico</u>	51
4.1.4 <u>Componente situacional ou ambiental</u>	51
4.2. Classes de habilidades sociais	52
4.3. Formação e manutenção das habilidades sociais	54
5. AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS	59
II- ALCOOLISMO/DEPENDENCIA DE ÁLCOOL	68
1. OS PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ÁLCOOL	68
1.1. Critérios de dependencia de substâncias	69
1.2. (Des) integração na vida social	71
1.3. Impacto do álcool na família	72
1.4. O álcool no trabalho	74
1.5. Alcoolismo e relações interpessoais	76
1.6. Alcoolismo e autoconceito	80

2. O PROCESSO TERAPEUTICO -----	83
2.1. O processo terapêutico como contexto educativo -----	84
ESTUDO EMPIRICO -----	89
III- METODOLOGIA -----	90
1. OPÇÕES METODOLÓGICAS -----	90
2. OBJECTIVOS DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO -----	93
3. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO -----	95
4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS -----	97
4.1. Questionário de dados sociodemográficos -----	98
4.2. Escala de Habilidades Sociais -----	98
4.3. Escala de Auto-apreciação Pessoal -----	101
5. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA -----	103
5.1. Formação da amostra: Critérios de inclusão e exclusão -----	104
5.2. Descrição da amostra do estudo -----	106
6. PROCEDIMENTOS -----	114
7. ASPÉCTOS ÉTICOS -----	123
IV- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS -----	125
1. HABILIDADES SOCIAIS -----	125
1.1. Auto Expressão em situações sociais -----	125
1.2. Defesa dos seus direitos como consumidor -----	127
1.3. Expressão de enfado ou inconformidade -----	129
1.4. Dizer não e terminar interacções -----	130
1.5. Fazer pedidos -----	132
1.6. Iniciar interacções positivas com o sexo oposto -----	134
1.7. Nível Global de habilidades sociais -----	136
2. AUTOCONCEITO -----	141
CONCLUSÃO -----	145
BIBLIOGRAFIA -----	150
ANEXOS -----	165
Anexo I – Instrumento de recolha de dados -----	166

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 -	Componentes das habilidades sociais -----	44
Quadro 2 -	Principais técnicas e procedimentos utilizados na avaliação das habilidades sociais -----	62
Quadro 3 -	Elementos que compõem os seis factores da Escala de Habilidades Sociais -----	100
Quadro 4 -	Pontuações mínimas e máximas na escala de habilidades sociais -----	101
Quadro 5 -	Coeficiente de fidedignidade da escala de habilidades sociais (<i>alpha de Cronbach</i>) -----	101
Quadro 6 -	Estatística descritiva da amostra / Idade -----	106
Quadro 7 -	Caracterização da amostra/Profissão -----	107
Quadro 8 -	Estatística descritiva da amostra / Escolaridade -----	109
Quadro 9 -	Estatística descritiva da amostra / Há quanto tempo está em tratamento, em dias -----	111
Quadro 10 -	Estatística descritiva da amostra / Dias de internamento -----	112
Quadro 11 -	Estatística descritiva da amostra / Numero de Internamentos anteriores devido ao álcool -----	113
Quadro 12 -	Características da amostra do estudo preliminar de adaptabilidade segundo a idade e o nº de filhos -----	116
Quadro 13 -	Caracterização da amostra/Profissão -----	119
Quadro 14 -	Características da amostra do estudo comparativo segundo a idade e o nº de filhos -----	119
Quadro 15 -	Estatística descritiva do Factor 1-Auto Expressão em situações sociais -	126
Quadro 16 -	Estatística descritiva do Factor 2 – Defesa dos seus direitos como consumidor -----	127
Quadro 17 -	Estatística descritiva do Factor 3 – Expressão de enfado ou inconformidade -----	129
Quadro 18 -	Estatística descritiva do Factor 4 - Dizer não e terminar interacções -----	131
Quadro 19 -	Estatística descritiva do Factor 5 - Fazer pedidos -----	133
Quadro 20 -	Estatística descritiva do Factor 6 - Iniciar interacções positivas com o sexo oposto -----	134
Quadro 21 -	Estatística descritiva do Nível Global de habilidades sociais -----	136
Quadro 22 -	Estatística descritiva dos Níveis de Auto Apreciação Pessoal -----	141

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos inquiridos, por grupos etários -----	108
Gráfico 2 -	Caracterização da amostra / Escolaridade -----	108
Gráfico 3 -	Caracterização da amostra / Estado civil-Situação Marital -----	109
Gráfico 4 -	Caracterização da amostra / Com quem vive -----	110
Gráfico 5 -	Caracterização da amostra / N° de filhos -----	110
Gráfico 6 -	Caracterização da amostra / Instituição actual onde foi inquirido -----	111
Gráfico 7 -	Caracterização da amostra / Regime de tratamento -----	112
Gráfico 8 -	Caracterização da amostra / Nesta data continua a consumir bebidas alcoólicas -----	113
Gráfico 9 -	Características da amostra do estudo preliminar de adaptabilidade segundo a distribuição pelos cursos que frequentam -----	116
Gráfico 10 -	Características da amostra do estudo preliminar de adaptabilidade segundo o Estado civil / Situação -----	117
Gráfico 11 -	Características da amostra do estudo comparativo / Estado civil- Situação marital -----	120
Gráfico 12 -	Características da amostra do estudo comparativo / Com quem vive	120
Gráfico 13 -	Características da amostra do estudo comparativo / Escolaridade	121
Gráfico 14 -	Características da amostra do estudo comparativo / Consumo de bebidas alcoólicas na presente data -----	121
Gráfico 15 -	Histograma do Factor 1-Auto Expressão em situações sociais -----	126
Gráfico 16 -	Histograma do Factor 2 – Defesa dos seus direitos como consumidor --	128
Gráfico 17 -	Histograma do Factor 3 – Expressão de enfado ou inconformidade ----	130
Gráfico 18 -	Histograma do Factor 4 - Dizer não e terminar interacções -----	131
Gráfico 19 -	Histograma do Factor 5 - Fazer pedidos -----	133
Gráfico 20 -	Histograma do Factor 6 - Iniciar interacções positivas com o sexo oposto -----	135
Gráfico 21 -	Histograma do Nível Global de habilidades sociais -----	137
Gráfico 22 -	Comparação nos níveis globais de habilidades sociais entre as diferentes amostras / Em percentis -----	137
Gráfico 23 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo com a idade -----	138

Gráfico 24 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo com a escolaridade -----	138
Gráfico 25 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo o estado civil -----	139
Gráfico 26 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo com a Instituição -----	139
Gráfico 27 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo com o regime de tratamento -----	139
Gráfico 28 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo com o consumo actual de bebidas alcoólicas -----	139
Gráfico 29 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo com o tempo de internamento, em dias -----	140
Gráfico 30 -	Pontuações em habilidades sociais de acordo com o número de internamentos -----	140
Gráfico 31 -	Comparação dos Níveis de Auto Apreciação Pessoal entre as diferentes amostras -----	142
Gráfico 32 -	Histograma dos Níveis de Auto Apreciação Pessoal -----	142
Gráfico 33 -	Nível de AutoApreciação Pessoal de acordo com o regime de tratamento -----	143
Gráfico 34 -	Nível de AutoApreciação Pessoal de acordo com o consumo de bebidas alcoólicas -----	143
Gráfico 35 -	Nível de Habilidades Sociais de acordo com o nível de Auto Apreciação Pessoal -----	144

As habilidades sociais em dependentes de álcool – Um estudo exploratório

RESUMO

A vida social de um indivíduo dependente do álcool é na maioria das vezes um factor de risco para continuar ou aumentar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Um dos grandes fracassos do alcoólico, é não cumprir adequadamente um papel social desejado, o que resulta em prejuízos para si mesmo e para os outros. O indivíduo que abusa no consumo, depressa perde a sua reputação junto de colegas, amigos e familiares, o que o deixa mais intolerante à frustração e aumenta o consumo. A mentira torna-se então sua aliada, pois através dela ele vai reduzindo a ansiedade causada pelo fracasso na vida social e que os outros teimam em deixar bem nítido.

Identificar os problemas sociais dos quais o indivíduo padece, é fundamental para planear melhor uma estratégia de intervenção, quer seja ela de prevenção, de psicoterapia ou de reabilitação.

Os programas de tratamento habitualmente propostos para a abordagem dos problemas derivados do consumo de álcool centram a sua atenção, quase exclusivamente, no comportamento aditivo como guia orientador da intervenção e como indicador objectivo do êxito do próprio programa. Mas na maioria dos casos o comportamento aditivo é sim a manifestação mais objectiva de um profundo desajuste entre o sujeito consigo mesmo e com o seu meio ambiente.

É por isso, objectivo dos processos de recuperação oferecer-lhe a possibilidade de recuperar a crença na palavra ou aprender o seu valor como meio de comunicação fundamental entre os homens. Para além de possibilitar aos sujeitos dependentes de álcool este valor, importa também incutir nos sujeitos o valor positivo de viver com limites; pois são especialistas em tentar sabotar a acção dos técnicos e em descobrir as suas debilidades para as utilizarem em seu interesse. Importa por isso, que aprendam o valor das leis e a utilidade, para todos, de cumpri-las (Kalina, 2001).

Assim, o treino de habilidades sociais constitui uma parte importante dos tratamentos para os sujeitos com problemas de abuso de álcool e drogas. Foi nesse sentido que nos propusemos a identificar o nível de habilidades sociais em pessoas dependentes de álcool.

O estudo que desenvolvemos é de carácter exploratório/descritivo, para o qual optámos por utilizar uma metodologia quantitativa. A amostra foi constituída por 229 indivíduos, do

sexo masculino, dependentes de álcool, em instituições nacionais de referência na área da alcoologia.

O instrumento de recolha de dados é constituído por um Questionário de dados sócio demográficos, uma Escala de Habilidades Sociais e uma Escala de Auto-apreciação Pessoal.

Constatamos que a amostra constituída por indivíduos dependentes de álcool apresenta uma pontuação média na Escala de Habilidades Sociais de 89.96, equivalente ao percentil 55 na tabela de parametrização de Gismero (2002). Este valor é claramente inferior ao conseguido por qualquer uma das outras amostras analisadas, seja a do estudo preliminar, seja a do estudo comparativo, constituída por indivíduos da população em geral e que conseguiram um percentil 70.

Palavras Chave: Habilidades sociais, competência social, alcoolismo.

Social Skills in alcohol dependent people - An exploratory study

Abstract

The social life of a person dependent on alcohol is, most of the time, a risk factor to continue or increase the alcohol excessive consumption. One of the alcoholic failures is the fact that he is unable to perform an adequate social role, to the detriment of himself and others. A person, who abuses alcohol consumption, soon loses his reputation next to his colleagues, friends and relatives, which makes him intolerant of frustration and increases the alcohol consumption. To lie becomes his best ally, because it helps him to reduce the anxiety caused by the failure of his social life, what is promptly pointed out by others.

To identify the individual social problems is essential to plan the best intervention strategy. This can be of prevention, psychotherapy or rehabilitation.

The treatment programmes, usually proposed to deal with the problems caused by alcohol consumption, focus almost exclusively on the addictive behaviour, as a guide line for the intervention and as an objective indicator of the success of the programme itself. But, in most cases, the addictive behaviour is an objective manifestation of a deep break off of the individual with himself and with his environment.

That is why the aim of the recuperation process is to offer the individual the possibility to recover their belief on the word or to learn its value as an essential means of communication for men. Besides getting the message trough, it is also important to make the individuals aware of the positive value of living within limits. These individuals are specialists on trying to sabotage the technicians' actions, discovering their weaknesses so they can use them on their own behalf. That is why it is so important that they learn the value of rules and the importance of accomplishing them (Kalina, 2001).

Therefore, the training of the social skills is an important part of the treatment of individuals with problems of alcohol or dugs addiction. So, we committed ourselves to identifying the level of social skills on people who have an alcohol addiction.

The study we developed is exploratory/ descriptive and we chose to use a quantitative methodology. The sample was of 229 male alcohol dependent individuals, staying in national institutes of reference in the area of alcohol abuse and alcoholism.

The means to collect data were a social demographic data questionnaire, a scale of social skills and a scale of personal self- assessment.

We realized that the sample of alcohol dependent individuals presents an average score in social skills of 89.96, equivalent to a percentile of 55 in the parameterization of Gismero (2002). This is clearly a lower value than the one obtained by any other sample we analyzed, whether in the preliminary study or in the comparative study, constituted by individuals of the common population that achieved a percentile of 70.

Key words: social skills, social ability, alcoholism.

INTRODUÇÃO

O homem é um ser social, que passa a maior parte da vida em interacção com outras pessoas e em múltiplos sistemas, nos quais as regras variam e os papéis nem sempre estão claramente definidos. Desenvolvermo-nos nesta multiplicidade de sistemas e de papéis requer de nós uma grande destreza social.

Já todos tivemos, numa ou noutra situação, dificuldades em defender os nossos direitos, em expressar os nossos sentimentos, em iniciar ou terminar uma conversa ou mesmo dizer em público a nossa opinião. Em muitas ocasiões evitamos falar, não sabemos como pedir um favor, custa-nos ir sozinhos realizar actividades simples, não sabemos resolver situações com os amigos, ou com a família, pode ocorrer que não tenhamos amigos... Todas estas dificuldades se relacionam com possível carência de habilidades sociais. Poderíamos acrescentar muitas outras, todas aquelas que tenham a ver com as relações difíceis com os outros.

Pensamos que podemos continuar esta argumentação a partir das seguintes premissas: As relações interpessoais são importantes para o desenvolvimento e funcionamento psicológico; A falta de harmonia interpessoal pode conduzir a disfunções e perturbações psicológicas; Certos estilos e estratégias de comportamento interpessoal são mais adaptativos que outros em determinadas situações; Uma vez aprendidos, estes estilos ou estratégias melhoram a competência social.

Estes aspectos são facilmente identificáveis na actividade profissional e pessoal diária. O aprender e desenvolver estas habilidades é fundamental para conseguir boas relações com os outros, sejam de carácter social, familiar, laboral, etc. (Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette & Carneiro, 2000). Por outra lado, somos mais sensíveis às necessidades dos demais e temos melhores instrumentos para "modelar" o seu comportamento. Modelar no sentido de guiar o comportamento e o pensamento do outro com o comportamento e com uma

atitude pessoal sensível à mudança, o que significa que podemos facilitar, desta maneira, a mudança também nos outros.

A nível profissional, começa-se a valorizar, além das competências técnicas (no sentido instrumental, porque também se desenvolvem técnicas relacionais), as competências que contribuem para a melhoria das relações interpessoais, principalmente na área da saúde, educação, gestão e marketing. A nível clínico, segundo Gismero (2002, p.7) citando Carrobbles (1988, p.VI), podemos afirmar que:

“hoje é frequente considerar o défice em habilidades sociais como um elemento concorrente, quando não causal, em problemas tão variados como as simples fobias, os problemas sexuais ou da relação de casal, as depressões, os problemas de agressividade ou delinquência, a toxicodependência ou os transtornos esquizofrénicos, para colocar só alguns exemplos. A todos eles é necessário acrescentar, obviamente, o cada vez mais abundante capítulo de transtornos considerados como genuinamente de habilidades sociais”.

Caballo (1993), citado por Esparza (2004), define habilidades sociais como:

“o conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo num contexto interpessoal que expressa os sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de esse indivíduo de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos outros e que normalmente resolve os problemas imediatos da situação além de que minimiza a probabilidade de futuros problemas”.

Quando falamos de habilidades sociais, dizemos que a pessoa é capaz de executar um comportamento de inter-relação, com resultados favoráveis. O termo habilidade pode ser entendido como destreza, diplomacia, capacidade, competência, atitude. Esta relação do conceito de habilidade com o social remete-nos para as acções desenvolvidas entre um indivíduo e os outros nos vários contextos, e para as acções desenvolvidas entre os outros e o próprio indivíduo; ou seja, para um intercâmbio (Del Prette & Del Prette, 2006). Esta capacidade de executar um comportamento de inter-relação com resultados favoráveis supõe a possibilidade de realizar uma acção, a qual habitualmente chamamos de acto. Isto implica e pressupõe o ser humano como gerador de acções próprias ou com vontade de as realizar. A acção da pessoa é determinada por um ou vários comportamentos interpessoais, relacionados entre si.

Para abordar o construto *habilidade social* é muito importante ter em conta que quando falamos de intercâmbio, referimo-nos a uma troca entre objectos ou pessoas, e quando falamos de habilidade social, referimo-nos a uma acção mútua ou de reciprocidade. Ou seja, a acção desenvolve-se entre várias pessoas, existindo a possibilidade de retro-alimentação. A noção de habilidade social entra no âmbito da reciprocidade e do contínuo da acção de um sobre o outro. A interacção fundamenta a resposta do outro numa combinação de acções, de forma a que a habilidade social não termine sem a acção do outro, ou seja, a habilidade social pressupõe benefícios para ambos os implicados.

Segundo Figueredo (2005), a comunicação ocorre quando duas ou mais pessoas se encontram e trocam algum tipo de informação, o que faz parte da rotina do ser humano, como forma de reconhecimento mútuo. Acrescenta, que não é simplesmente o outro que passa a ser conhecido, mas há também o auto-conhecimento. É preciso que o outro reconheça o que está sendo dito e que reaja a essa comunicação, troca fundamental para que o indivíduo se reconheça como tal.

A relação de intercâmbio só se torna favorável caso exista um número superior de comportamentos favoráveis e inferior de desfavoráveis. Isto leva-nos a definir a habilidade social em virtude do enfrentar de intercâmbios desfavoráveis, ou seja, do processo de adaptação e desadaptação contínuo. É esta capacidade de adaptar-se e readaptar-se que nos permite dizer que um indivíduo possui uma habilidade, sendo que o seu desenvolvimento está muito relacionado com a frequência com que é utilizada, podendo, assim, ser aprendida e desenvolvida (Caballo, 1993).

Além disso, as dificuldades de habilidades sociais apresentadas pelas pessoas têm sido muitas vezes associadas à presença de diversos distúrbios psicossociais ou psicossomáticos (Bandeira et al, 2000)

De acordo com Del Prette & Del Prette (2006), défices graves em habilidades sociais acabam por estar correlacionadas com fracos desempenhos académicos, delinquência, uso de drogas, crises conjugais e desordens emocionais várias, como os transtornos de ansiedade.

Aliane; Lourenço & Ronzani (2006) fazem referência a estudos envolvendo habilidades sociais e uso de substâncias na adolescência que apontam para relações significativas entre défices em habilidades sociais e uso de álcool e outras drogas. Citam também Caballo (2002), o qual na sua revisão teórica comprova a existência de relação entre abuso de substâncias psicoativas e défices em habilidades sociais. Apesar de ser difícil comprovar uma relação causal, as principais hipóteses levantadas e discutidas no meio científico estão relacionadas com o défice de habilidades sociais enquanto factor de risco para o abuso de substâncias, privando o indivíduo de desenvolver um repertório bem-elaborado de habilidades sociais.

Os sujeitos dependentes são então, na sua grande maioria, pessoas anti-sociais, anti-regras, rebeldes e impulsivos, com baixa capacidade para lidar com as expectativas sociais, não-conformistas e têm alguma dificuldade em adiar a gratificação, pelo que, são incapazes de tolerar a frustração (Edwards, 1999).

A Organização Mundial de Saúde define a dependência como um padrão de manifestações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, em que o consumo de uma droga adquire a máxima prioridade para o indivíduo. A manifestação característica da síndrome de dependência é o desejo de ingerir drogas, álcool ou tabaco. (Kaplan et al, 1997). A classificação diagnóstica da DSM-IV, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (A.P.A., 1996), estabelece como critério diagnóstico essencial em relação à dependência, a existência de um padrão desadaptativo do consumo de uma substância que conduz a um mal-estar clinicamente significativo, expresso por pelo menos três dos seguintes itens em algum momento de um período continuado de 12 meses:

- (1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - (a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
 - (b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
- (2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - (a) Síndrome de abstinência característica para a substância;
 - (b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

- (3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- (4) Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- (5) Muito tempo é gasto em actividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;
- (6) Importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- (7) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância

O indivíduo dependente tende, de forma progressiva, a estreitar o seu repertório de comportamentos habituais, dando prioridade absoluta ao consumo do álcool, escondendo-se atrás de um muro de auto-engano, desculpas, negações, racionalizações, persistindo nos seus hábitos (Kaplan et al, 1997).

A dependência fisiológica é indicada por evidências de tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado, ou acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância) ou sintomas de abstinência. Uma vez que a abstinência do álcool pode ser desagradável e intensa, os indivíduos dependentes podem continuar a consumir a substância, apesar das consequências adversas, para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. Na dependência, o álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido e pode existir um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para reduzir ou controlar o uso da substância. Além disso, as pessoas com dependência do álcool apresentam um funcionamento social ou ocupacional comprometido em razão do seu uso na forma de: violência quando intoxicado, faltas ao trabalho, perda do emprego, dificuldades com a lei e discussões ou dificuldades com membros da família ou amigos em virtude do uso excessivo de álcool, evidenciando uma total perda de controlo (Roussaux et al, 2002).

Segundo Pedrero Pérez (2006), os programas de tratamento habitualmente propostos para a abordagem dos problemas derivados do consumo de álcool centram a sua atenção, quase exclusivamente, no comportamento aditivo como guia orientador da intervenção e como indicador objectivo do êxito do próprio programa. Parece assim, que a simples extinção do comportamento aditivo resolve os problemas que o geraram e mantêm. Segundo o mesmo autor, em alguns casos isso será possível, quando o comportamento não passa de um mero hábito sem valor adaptativo. Mas na maioria dos casos o comportamento aditivo é sim a manifestação mais objectiva de um profundo desajuste ente o sujeito consigo mesmo e com o seu meio ambiente.

Segundo Esparza (2004), na actualidade, o desenvolvimento daquelas habilidades e recursos mais directamente relacionados com a capacidade do indivíduo para enfrentar e resistir eficazmente às pressões sociais, tanto as mais globais, como as relacionadas com o seu círculo social mais próximo, especialmente os grupos de pertença, são fundamentais em qualquer programa de intervenção sobre dependências.

Aliane, Lourenço & Ronzani (2006) referem que todos os estudos que incidiram sobre a relação entre as habilidades sociais e consumo de substâncias psicoactivas concordam que o treino de habilidades sociais constitui uma parte importante dos tratamentos para os sujeitos com problemas de abuso de álcool e drogas. Além disso, a sua eficácia está sendo estudada não apenas no tratamento, mas também na prevenção dos transtornos por uso de substâncias psicoativas.

Do conhecimento que temos sobre os programas de tratamento, usados em Portugal, para a dependência de álcool, constatamos que, habitualmente, está presente a preocupação em desenvolver competências sociais, muitas vezes sob o nome de treino de assertividade. Estes ambientes terapêuticos criados para desenvolver vivências de situações problemáticas e a aprendizagem de formas de abordagem/adaptação, transformam-se em contextos educativos de (re)construção e desenvolvimento pessoal.

Temos dúvidas sobre se, essa preocupação com o desenvolvimento da competência social, está assente em evidências claras de quais as habilidades a trabalhar.

Elabora-se assim a **questão de partida** deste estudo:

Qual o nível de habilidades sociais em pessoas dependentes de álcool?

É na sequência dos pressupostos referidos anteriormente que definimos como objectivo da investigação:

Identificar o nível de habilidades sociais em pessoas dependentes de álcool, e como questões em estudo:

- 1- As pessoas dependentes de álcool apresentam uma baixa capacidade de auto-expressão em situações sociais?
- 2- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em defender de forma assertiva os seus direitos como consumidores?
- 3- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em exprimir enfado ou desacordo com outras pessoas?
- 4- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em dizer não e em terminar uma interacção que não querem manter?
- 5- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em fazer pedidos a outras pessoas de algo que desejam?
- 6- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldades em iniciar espontaneamente e sem ansiedade interacções com pessoas do sexo oposto?
- 7- As pessoas dependentes de álcool têm um Nível Global de habilidades sociais inferior ao da população em geral?
- 8- Quanto menor é o autoconceito menor é o nível de habilidades sociais nas pessoas dependentes de álcool?

A avaliação das habilidades sociais permite diferenciar os perfis individuais, ou seja, identificar sujeitos com uma pontuação total baixa, que actuam de forma não assertiva de forma generalizada, e outros com pontuação global alta, que apresentam habilidades sociais em diferentes contextos. Além disso, ao dispor das pontuações em cada sub-escala, o avaliador pode detectar, de forma individualizada, quais são as áreas mais problemáticas num determinado indivíduo ou grupo de indivíduos (Gismero, 2002). Pensamos, assim, poder contribuir:

- A nível social para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às pessoas dependentes de álcool, na linha das orientações políticas para a saúde;

- A nível académico, com dados científicos que permitam aos estudantes, da temática em causa, um conhecimento mais pormenorizado sobre as características das pessoas dependentes de álcool;
- A nível pessoal, com o aumento de conhecimentos numa área preferencial;
- A nível profissional, com informação que facilite o desenvolvimento futuro de um programa de intervenção;
- A nível científico, com o aumento de conhecimentos numa área, aparentemente, pouco estudada.

Esta dissertação é constituída por duas partes, uma revisão teórica e um estudo empírico. Na parte teórica realizou-se uma revisão sobre as habilidades sociais e sobre a dependência de álcool. Sendo escassos os estudos centrados na avaliação de habilidades sociais em dependentes de álcool, optou-se por fazer a pesquisa teórica tentando demonstrar o fenómeno da dependência de álcool como um problema de cariz relacional.

O estudo empírico objectivou identificar o nível de habilidades sociais numa amostra de indivíduos, do sexo masculino, dependentes de álcool comparando com uma amostra de indivíduos da população em geral.

O estudo que desenvolvemos é de carácter exploratório/descritivo, para o qual optámos por utilizar uma metodologia quantitativa. A amostra foi constituída por 229 indivíduos, do sexo masculino, dependentes de álcool, em instituições nacionais de referência na área da alcoologia.

O instrumento de recolha de dados é constituído por um Questionário de dados sócio demográficos, uma Escala de Habilidades Sociais e uma Escala de Auto-apreciação Pessoal.

ESTUDO TEÓRICO

I- AS HABILIDADES SOCIAIS

1. INTRODUÇÃO

É um axioma bem conhecido, que os seres humanos são “animais sociais” que passam grande parte das suas vidas em interações frente a frente com outras pessoas e em diferentes contextos sociais (Caballo, 2002). A comunicação interpessoal é uma parte essencial da actividade humana e a máxima representante das relações que estabelecemos uns com os outros, sendo por vezes escassa, frustrante e inadequada.

Quando falamos de habilidades sociais, dizemos que a pessoa é capaz de executar um comportamento de inter-relação, com resultados favoráveis. O termo habilidade pode ser entendido como destreza, diplomacia, capacidade, competência, atitude. Esta relação do conceito de habilidade com o social remete-nos para as acções desenvolvidas entre um indivíduo e os outros nos vários contextos, e para as acções desenvolvidas entre os outros e o próprio indivíduo; ou seja, para um intercâmbio (Del Prette & Del Prette, 2006). Esta capacidade de executar um comportamento de inter-relação com resultados favoráveis supõe a possibilidade de realizar uma acção, a qual habitualmente chamamos de acto. Isto implica e pressupõe o ser humano como gerador de acções próprias ou com vontade de as realizar.

Quando falamos de intercâmbio, referimo-nos a uma troca entre objectos ou pessoas, e quando falamos de habilidade social, referimo-nos a uma acção mútua ou de reciprocidade. Ou seja, a acção desenvolve-se entre várias pessoas, existindo a possibilidade de retro-alimentação. A noção de habilidade social entra no âmbito da reciprocidade e do contínuo da acção de um sobre o outro. A interacção fundamenta a resposta do outro numa combinação de acções, de forma a que a habilidade social não termine sem a acção do outro, ou seja, a habilidade social pressupõe benefícios para ambos os implicados. Segundo Figueredo (2005), o ser humano comporta-se de forma a atingir as suas necessidades. Ser

capaz de lidar adequadamente com as necessidades existenciais e sociais, implica ser socialmente hábil. Comportar-se de maneira habilidosa deve envolver intencionalidade, caso contrário, o comportamento estará destituído de significado.

A relação de intercâmbio só se torna favorável caso exista um número superior de comportamentos favoráveis e inferior de desfavoráveis. Isto leva-nos a definir a habilidade social em virtude do enfrentar de intercâmbios desfavoráveis, ou seja, do processo de adaptação e desadaptação contínuo. É esta capacidade de adaptar-se e readaptar-se que nos permite dizer que um indivíduo possui uma habilidade, sendo que o seu desenvolvimento está muito relacionado com a frequência com que é utilizada, podendo, assim, ser aprendida e desenvolvida (Caballo, 1993). Este processo de socialização vai-se concretizando através de um complexo processo de interações de variáveis pessoais, ambientais e culturais. Muitos estudos mostram que a competência social na infância apresenta correlação positiva com vários indicadores de funcionamento adaptativo como rendimento académico, responsabilidade, independência e cooperação (Del Prette & Del Prette, 2006).

Na sociedade ocidental actual, o ritmo de vida é cada vez mais rápido e complexo, as regras mudam constantemente e segundo o sistema em que estamos inseridos no momento, obrigando-nos a funcionar em dois ou mais sistemas sociais simultaneamente, o que requer uma considerável destreza social (Ovejero, 1998). Um relatório elaborado de habilidades sociais contribui decisivamente para relações harmoniosas (Bandeira et al, 2000). Habilidades de comunicação, expressividade e desenvoltura nas interações sociais podem contribuir para o desenvolvimento de amizades, respeito, status no grupo ou uma convivência quotidiana mais agradável (Del Prette & Del Prette, 2006). Podemos, então, dizer que o decorrer das nossas vidas é determinado, pelo menos parcialmente, pelo nível das nossas habilidades sociais (Caballo, 2002).

A crescente complexidade das necessidades sociais, tanto ao nível pessoal quanto profissional, requer cada vez mais, das pessoas, habilidades sociais elaboradas, ou seja, o desenvolvimento das habilidades sociais é primordial na promoção de interações sociais bem sucedidas. A competência social na infância tem, mesmo, sido vista como um dos factores de protecção para uma trajectória desenvolvimental satisfatória, porque aumenta a capacidade da criança em lidar com situações adversas e stressantes. Esta capacidade é

demonstrada através de um maior sentido de humor, empatia, habilidades de comunicação, de resolução de problemas e autonomia. Além disso, as dificuldades de habilidades sociais apresentadas pelas pessoas têm sido muitas vezes associadas à presença de diversos distúrbios psicossociais ou psicossomáticos (Bandeira et al, 2000). De acordo com Del Prette & Del Prette (2006, p.18):

“os estudos sobre os efeitos negativos da baixa competência social mostram que ela pode constituir: a) sintoma de transtornos psicológicos; b) parte dos efeitos de vários transtornos; c) sinais de alerta para eventuais problemas em ciclos posteriores de desenvolvimento”.

Apesar da principal construção e treino do repertório socialmente habilidoso ocorrer em interações em contextos naturais, como seja no grupo familiar, escolar e social, ocorrem frequentemente falhas no processo de aprendizagem, que provocam défices graves, as quais acabam por estar correlacionadas com fracos desempenhos académicos, delinquência, uso de drogas, crises conjugais e desordens emocionais várias, como os transtornos de ansiedade (Del Prette & Del Prette, 2006).

Nos últimos anos tem aumentado a pesquisa de identificação das habilidades sociais como um factor de protecção no curso do desenvolvimento humano, o que permitiu estruturar intervenções de aprendizagem destas habilidades em grupos distintos, entendendo-se assim que o desenvolvimento das mesmas funciona como factor de protecção, de modo a minimizar a hipótese de ocorrência de problemas interpessoais futuros para estas pessoas e para os que fazem parte da sua rede social mais próxima (Gismero, 2002).

Segundo Weber & Col. (Sd.) as pessoas socialmente competentes apresentam relações pessoais e profissionais mais produtivas, satisfatórias e duradouras, além de melhor saúde física e mental. Por outro lado, os défices e comprometimentos de habilidades sociais estão geralmente associados a dificuldades e conflitos nas relações interpessoais e a uma pior qualidade de vida. Uma pessoa socialmente eficaz tem a capacidade de maximizar os benefícios e minimizar perdas para si e para outras pessoas do seu interesse.

As habilidades sociais são uma ferramenta de grande utilidade ao longo da vida, graças a elas as pessoas melhoram a sua capacidade de se inter-relacionarem e de responder às suas necessidades. Possuir estas capacidades evita a ansiedade em situações difíceis ou



inesperadas. Além disso facilitam a comunicação emocional e a resolução de problemas. Existem diversos componentes que ajudam a que tudo isto seja possível, salientando-se a empatia e a habilidade para se comportar de forma apropriada em distintas situações e contextos (Gismero,2002).

Carneiro & Falcone (2004) defendem a importância das habilidades sociais para a saúde e a qualidade de vida, citando uma revisão de estudos feita por Falcone (2000) que relaciona as habilidades sociais com uma melhor qualidade de vida, uma maior satisfação pessoal e profissional.

Autores como Del Prette & Del Prette (1999, 2001) consideram a expressão de sentimentos de agrado e desagrado, especialmente de forma espontânea, como essenciais para a promoção de relacionamentos interpessoais satisfatórios.

É assim, importante iniciar o mais precocemente possível o treino de habilidades sociais, já que estas, ao possuírem componentes cognitivos e de aprendizagem, não se desenvolvem espontaneamente ao longo do tempo, podendo mesmo verificar-se uma diminuição com o afastamento e a indiferença das outras pessoas do ambiente.

2. ORIGEM HISTORICA DO ESTUDO DAS HABILIDADES SOCIAIS

O estudo das habilidades sociais remonta aos anos 30 (Gismero, 2002). Nesta época, vários autores (especialmente no âmbito da psicologia social) estudavam o comportamento social em crianças, sob vários aspectos, que actualmente poderíamos considerar dentro das habilidades sociais.

O estudo sistemático das habilidades sociais teve diferentes fontes:

a) A primeira e habitualmente considerada como a mais importante, inicia-se com Salter (1949), no seu livro *Conditioned reflex therapy* (Terapia dos reflexos condicionados). Moreno (1955) contribuiu para o desenvolvimento do tema com o seu trabalho sobre psicodrama, e Wolpe (1958) foi o primeiro a utilizar o termo *conduta assertiva*, na sua obra *Psicoterapia por Inibição Recíproca* (Vallés & Vallés, 1996).

b) Por outro lado desde os anos 50, aumentou o interesse pelo tema das habilidades sociais e pelo seu treino no âmbito da psicologia social e do trabalho. A nível educativo, também se estudou a prática das habilidades sociais em crianças e a sua relação com a auto-estima, o rendimento académico e o auto conceito, tal como no caso de pais e professores ou adolescentes. Segundo Vallés & Vallés (1996), a denominação de treino assertivo deve-se a Wolpe & Lazarus (1966).

O termo comportamento assertivo que passa rapidamente a ser sinónimo de habilidades sociais é utilizado pela primeira vez por Wolpe (1958), mas, de acordo com Silva (2004), não podemos esquecer autores como Lazarus (1966), Wolpe e Lazarus (1966) que incluem pela primeira vez o treino assertivo como técnica de Terapia Comportamental em clínica, tal como Alberti e Emmons (1970) a quem se deve o primeiro livro dedicado a assertividade.

Segundo Silva (2004, p.29), “autores como Caballo (2002), Del Prette e Del Prette (1999) Rimm e Masters (1983), apresentam praticamente o mesmo conteúdo histórico do aparecimento das Habilidades Sociais, valorizando o trabalho de Wolpe (1958), que descreve os princípios do comportamento assertivo, colocando-o como aquele que realmente criou ou estabeleceu as condições para que as “Habilidades Sociais” fossem hoje assunto de pesquisa e de grande relevância, nas várias áreas da psicologia e da vida humana”.

c) Outra fonte para o estudo científico e sistemático do tema, segundo Vallés & Vallés (1996) e Silva (2004), é constituída pelos trabalhos de Phillips e Zigler sobre a “competência social” em adultos institucionalizados, onde se demonstrou que quanto maior era a competência social previa dos pacientes menor era a duração do seu internamento e mais baixa a taxa de recaídas.

d) Outra das raízes históricas do movimento para o estudo das habilidades sociais teve lugar em Inglaterra, na década de 60, segundo Bueno et al (2001), onde as habilidades sociais se constituíram como uma área dentro da Psicologia, tomando por base estudos relacionados com a Psicologia Social e do Trabalho de Argyle & Kendon (1967) que disseminaram o termo *habilidades sociais*. Contudo, as décadas de 60 e 70 são marcadas por estudos relacionados com a assertividade e o treino assertivo, uma área tida por muitos como precursora do que se viria a desenvolver a partir da década de 80 e a firmar-se na de 90 como treino de habilidades sociais.

Pode-se dizer, segundo Caballo (2002), que a investigação sobre habilidades sociais teve uma origem diferente nos Estados Unidos e em Inglaterra, tal como uma ênfase distinta, apesar de ter havido uma grande convergência nos temas, métodos e conclusões em ambos os países.

Durante muito tempo, “comportamento assertivo” e “habilidades sociais” eram usados como sinónimos, até que em meados de 1970, o termo Habilidades Sociais começa a substituir o termo comportamento assertivo. O mesmo ocorre com as expressões “treino assertivo” e “treino em habilidades sociais” (Silva, 2004).

O desenvolvimento da definição ou conceito de uma nova teoria quase sempre é alvo de muitas divergências por parte dos teóricos, o que não foi diferente com o termo *habilidade social*. Vários teóricos propuseram inúmeras definições, como competência social, habilidade interpessoal, comportamento adaptativo, comportamento assertivo, habilidades de interação social, entre outras.

Segundo Pades (2003) pudemos comprovar que se empregam diferentes termos para fazer referência tanto à competência como às próprias habilidades sociais, assim por exemplo usa-se o de Habilidades Interpessoais (Pelechano, 1991; Pelechano, 1996, 1999) e Comportamento adaptativo (Monjas, 1994). Habilidades de sobrevivência é o termo que empregam Cobb (1976) Rush (1979) e Monereo (1985) citados por García Rodríguez (1995). Existem, além destas, outras expressões sinónimas cujo conteúdo conceptual se pode homologar ao das habilidades sociais tais como: habilidades para a interação, habilidades de relação interpessoal, comportamento sociointeractivo, comportamento interpessoal, relações interpessoais e intercâmbios sociais (Vallés e Vallés, 1996).

Encontram-se na bibliografia existente, referências a estudos sobre habilidades sociais nomeadamente sobre:

A) A utilização do treino de habilidades sociais com sucesso no tratamento de diversos tipos de pacientes psiquiátricos (Argyle, Trower & Bryant, 1974; Rice & Chaplin, 1979; Spencer, Gillespie & Ekisa, 1983; Wallace & Liberman, 1985; Schreuder, 1987), alcoólicos (Oei & Jackson, 1980), com alterações da personalidade (Stravinsky, Grey & Elie, 1987; Stravinsky, Lesage, Marcouiller & Elie, 1989) e depressão (Jackson, Moss & Solinski, 1985); além de programas para o desenvolvimento da auto-estima de crianças (Bockoven & Morse, 1986), e na reeducação social com presos (Valliant & Antonowicz, 1991).

B) Pesquisas com crianças, por exemplo, mostraram que aquelas que possuem baixos níveis de compreensão interpessoal e auto-percepção de competência tendem a ser percebidas como problemáticas pelos seus pais (Kurdek & Krile, 1983; Bolsoni-Silva, 2003; Bolsoni-Silva, Marturano & Manfrinato, 2005), e que as habilidades sociais têm grande importância na adaptação e no desempenho escolar (Togasaki & Sakano, 1997; Carlyon, 1997) e sobre menores de rua (Campos, Del Prette & Del Prette, 2000).

C) Nos estudos com adultos, relatam-se várias diferenças nas habilidades sociais entre gêneros, idades e ocupações, muito centrados nas questões culturais (Argyle, 1984, 1994; Bertrand, 2005; Bresnahan, Sherman & Lee, 2002; Caballo, 1993; Carmona & Lorr, 1992; Carneiro, & Falcone, 2004; Carneiro & Falcone, 2005; Carneiro, Falcone & Clark, 2005; Castro, 2005b; Fray & Hector, 1987; Furnham, 1979, 1993; Hidalgo et al, 1999; Margalit & Eysenck, 1990; Nikura, 1999; Rodrigues, 2005; Saranson, Saranson, Hacker & Basham, 1985; Trower, Bryant & Argyle, 1978; Wood & Mallinckrodt, 1990; Yashima & Tanaka, 2001). Essas diferenças parecem manter-se em pessoas portadoras de diferentes patologias (Peçanha & Falcone, 2005; Peixoto, 2005; Penido, Fortes & Rangé, 2005).

D) Além disso, várias características de personalidade aparecem envolvidas nas habilidades sociais. As desordens de personalidade tendem a comprometê-las (Penn e cols., 1999; Petti, 1999), enquanto que as características positivas, como auto-estima, tendem a estar presentes em sujeitos mais expressivos (Riggio, Throckmorton & DePaola, 1990; Riggio, Tucker & Throckmorton, 1987). Mas com autores a oporem-se à noção de traço de personalidade (McFall, 1982).

E) De uma forma geral, foi encontrado que a competência social é capaz de prever o nível de felicidade que o indivíduo encontrará na vida (Argyle & Lu, 1990) e que as habilidades sociais podem contribuir para a satisfação conjugal (Figueredo, 2005)

F) Outros autores centraram-se no estudo das habilidades sociais em estudantes universitários, principalmente em estudantes de Psicologia (Abarca & Hidalgo 1989; Argyle, 1984, 1988; 1994; Ayres, 1994; Bryant & Trower, 1974; Caballo, 1995; Chandler, Cook & Dugovics, 1978; Del Prette, A. 1978; Del Prette, Z. & Del Prette, A., 1983; Del Prette, Del Prette & Barreto, 1999; Del Prette, Del Prette & Correia, 1992, Del Prette, Del Prette, Bandeira, Gerkcarneiro, Falcone, Ulian, Saldaña, Barreto & Villa, 2004; Falcone, 1999; Ferreira et al 2005; Furtado, Falcone, & Clark, 2005; Galassi, Delo, Galassi, & Bastien, 1974; Hidalgo & Abarca, 1990; Sá, Lima, Grangeiro & Silva, 2005), de professores (Del Prette, Del Prette, Garcia, Silva & Puntel, 1998).

G) Outros foram utilizados para desenvolverem instrumentos de pesquisa (Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette & Gerk-Carneiro, 2000; Del Prette, Del Prette & Barreto, 1998).

H) Outros para analisar programas de intervenção (Bastos, Portella & Netto, 2005; Del Prette, A., Del Prette & Barreto, 1999; Netto & Vega, 2005; Portella, Bastos, Netto & Vega, 2005; Vega & Netto, 2005;).

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

3.1. Conceito de Habilidade Social

Habilidade, enquanto conceito, pode ser amplamente entendida como modos de acção e técnicas generalizadas para tratar com situações e problemas. Estas podem ser de diferentes naturezas e não é pacífico o campo conceitual para tratar da questão (Gatti, 1997). Campos et al (2000) referem ser muitas as definições de habilidades sociais, as quais variam de acordo com os modelos teóricos adoptados.

Existem muitas definições para explicar o conceito de habilidade social. Mas todas elas contêm um denominador comum: “As habilidades sociais como um conjunto de comportamentos eficazes nas relações interpessoais”. São comportamentos aprendidos que facilitam a relação com os outros, a reivindicação dos direitos, sem negar os direitos dos outros. Será, contudo, um erro representá-la num sentido normativo de “boa educação” ou simplesmente no cumprimento dos rituais próprios da convivência social associado a termos como traquejo social, etiqueta, civilidade ou fineza.

No entanto, ao longo dos anos, as habilidades sociais têm sofrido diferentes conceptualizações. Mesmo hoje em dia existe uma certa dificuldade em definir o que é um *comportamento socialmente habilidoso*.

Como resume Caballo (2002), citado por Pades (2003), essas dificuldades são basicamente de três tipos:

- O grande número de investigações e publicações sobre o tema, onde é habitual empregar termos diversos para o mesmo conceito contribui para gerar confusão;
- É impossível desenvolver uma definição consistente e única, visto que a habilidade social depende do contexto social, de factores do tipo pessoal, como a idade o género, a classe social e a educação, e ainda as diferenças individuais nas capacidades cognitivas, atitudes e valores.

- Uma definição de habilidade social faz referência aos conteúdos do comportamento (formado pela expressão de sentimentos, opiniões pessoais, emoções, etc), outras às consequências (destaca-se a possibilidade de obter reforço social, tanto criando fontes de reforço como evitando a perda das que existem ou evitando as possibilidades de castigo ou de extinção) e outras incluem ambos os aspectos.

Pades (2003, p.19-20) cita várias definições sobre o conceito de habilidades sociais como se verá a seguir:

- Segundo Blanco (1983) é *“A capacidade que o individuo possui de perceber, entender, decifrar e responder aos estímulos sociais em geral, especialmente aqueles que provêm do comportamento dos outros”*;
- *“Capacidade para comportar-se de uma forma que é recompensada e de não se comportar de forma que não seja castigado ou ignorado por ou outros”* (Libert e Lewinsohn, 1973);
- *“Conjunto de comportamentos identificaveis, aprendidos, que os indivíduos usam, nas relações interpessoais, para obter ou manter o reforço do seu ambiente”* (Kelly, 1982);
 - *“A capacidade complexa para emitir comportamentos ou padrões de resposta que maximizem a influencia interpessoal e a resistencia á influencia social não desejada (efectividade dos objectivos) além de que ao mesmo tempo maximiza os desejos e minimiza as perdas na relación com a outra pessoa (efectividade na relação) e mantem a sua propria integridade e sentido de dominio (efectividade no respeito a si mesmo)* (Linehan, 1984);
 - *“A habilidade de procurar, manter ou melhorar o reforço numa situação interpessoal através da expressão de sentimentos ou desejos quando essa expressão se arrisca a provocar a perda do reforço o mesmo o castigo”* (Rich e Schoroeder, 1976);
 - *“Comportamentos aprendidos que se manifestam em situações de interacção social, orientados para a obtenção de distintos objectivos, para o qual se haverão de adequar ás exigências da situação”* García Sáiz e Gil (2000).
- Finalmente a definição que a autora destaca como a mais adequada por incluir tanto aspectos relativos ao conteúdo como às consequências e onde sobressai os princípios humanistas de respeito pelos outros e a efectividade na actuação social:

“O comportamento socialmente habilidoso é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo num contexto interpessoal que expressam os

sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos outros, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação, minimizando a probabilidade de futuros problemas” (Caballo, 1987, 1993).

Silva (2004, p.33-35), faz referência á revisão efectuada por Caballo (2003) onde identificar as seguintes definições,

- *“A capacidade complexa de emitir comportamentos que são reforçados positiva ou negativamente, e de não emitir comportamentos que são punidos ou extintos pelos demais” (Liberti & Lewinsohn, 1973);*
- *“O comportamento interpessoal que implica na honesta e relativamente directa expressão de sentimentos” (Rimm, 1974);*
- *“A habilidade de buscar, manter ou melhorar o reforço de uma relação interpessoal através da expressão de sentimentos ou desejos, quando essa expressão corre o risco de perda de reforço ou, inclusive, castigo” (Rich & Schroeder, 1976);*
- *“A capacidade de expressar interpessoalmente sentimentos positivos e negativos sem apresentar como resultado uma perda do reforço social” (Hersen & Bellack, 1967);*
- *“A expressão adequada, dirigida a outra pessoa, de qualquer emoção que não seja a resposta de ansiedade” (Wolpe, 1977);*
- *“O comportamento que permite a alguém agir de acordo com seus interesses mais importantes, defender-se sem ansiedade inapropriada, expressar de maneira confortável sentimentos honestos ou exercer os direitos pessoais sem negar os direitos de outrem” (Alberti & Emmons, 1978);*
- *“A expressão manifesta das preferências (por meio de palavras ou acções) de um modo tal que faça com que os outros as levem em conta” (Mc Donald, 1978);*
- *“O grau em que uma pessoa pode comunicar-se com os demais de modo a satisfazer os próprios direitos, necessidades, prazeres ou obrigações até um nível razoável, sem prejudicar os direitos, necessidades, prazeres ou obrigações similares do outro, e compartilhar estes direitos, etc. com os demais, em um intercâmbio livre e aberto” (Phillips, 1978);*

- *“Um conjunto de comportamentos sociais dirigidos a um objectivo, inter-relacionados, que podem ser aprendidos e estão sob o controle do indivíduo”* (Hargie; Saunders & Dickson, 1981);
- *“Um conjunto de comportamentos identificáveis, aprendidos, empregados pelos indivíduos nas situações interpessoais para obter ou manter o reforço de seu ambiente”* (Kelly, 1982);
- *“A capacidade complexa para emitir comportamentos ou padrões de resposta que optimizem a influência interpessoal e a resistência à influencia social não desejada (eficácia nos objectivos), enquanto ao mesmo tempo, optimizem os ganhos e minimizem as perdas na relação com o outro (eficácia na relação) e mantenham a própria integridade e sensação de domínio (eficácia no respeito próprio)”* (Linehan, 1984);
- *“O comportamento socialmente hábil é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas”* (Caballo, 1986, 2003).

Para Del Prette & Del Prette (2006, p.31) *“o termo habilidades sociais, geralmente utilizado no plural, aplica-se às diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo, que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas”*.

Assim, quando se pensa num comportamento competente, ou socialmente habilidoso, é inevitável mencionar três componentes do mesmo (Ballesterio & Gil, 2002):

- a) **Consenso social:** Um comportamento é considerado incorrecto se não é do agrado do grupo que o julga, ainda que possa ser considerado habilidoso para outro grupo de referência;
- b) **Efectividade:** Um comportamento é habilidoso na medida em que conduz á abstenção daquilo a que se propõe;
- c) **Carácter situacional:** O mesmo comportamento é adequado numa situação, mas pode não o ser noutra.

Gresham (1988) utiliza três tipos de definições de habilidades sociais:

- a) Definição de aceitação dos iguais: Nestas definições usam-se índices de aceitação dos pares ou da popularidade que possui. No entanto não identifica os comportamentos específicos de aceitação.
- b) Definição comportamental: Define-se como aqueles comportamentos que aumentam a possibilidade de reforço ou diminuem a possibilidade de castigo, permitindo a aquisição de habilidades sociais específicas e mutuamente satisfatórias. A principal crítica é que não se consegue assegurar que os comportamentos seleccionados sejam socialmente hábeis.
- c) Definição de validação social: As habilidades sociais são aqueles comportamentos que, em determinadas situações, possibilitam resultados sociais como sejam a aceitação, a popularidade,...

Tanto Silva (2004) como Pades (2003) citam Alberti (1977) para resumir as principais características das habilidades sociais:

- a) Trata-se de uma característica do comportamento, não das pessoas.
- b) É aprendida. A capacidade de resposta tem que se adquirir.
- c) É uma característica específica à pessoa e à situação, não universal.
- d) Deve analisar-se no contexto cultural do indivíduo, bem como em termos de outras variáveis situacionais.
- e) Está baseada na capacidade de um indivíduo de escolher livremente a sua acção.
- f) É uma característica do comportamento socialmente eficaz, não danosa.

Salienta-se também Gismero (2002, p.14) que entende o comportamento assertivo ou socialmente habilidoso como:

“o conjunto de respostas verbais e não verbais, particularmente independentes e situacionalmente específicas, através das quais um indivíduo expressa num contexto interpessoal as suas necessidades, sentimentos, preferências, opiniões ou direitos sem ansiedade excessiva e de maneira não aversiva, respeitando tudo isso nos outros, tendo como consequência o auto-reforço e maximizando a probabilidade de conseguir reforço externo”.

Esta autora considera o comportamento assertivo e as habilidades sociais como termos equivalentes. No entanto recusa o uso de termos como assertividade ou pessoa assertiva, pois isso implicaria a aceitação da existência de um traço unitário e estável, suposição que

empiricamente já se comprovou que não existe. Assim, uma pessoa pode apresentar habilidade num tipo de comportamento social e isso não significa que maneje eficazmente outro tipo de situação. Além disso, nem sequer uma mesma classe de resposta se mostra consistentemente em todas as situações.

No entanto, supõe-se que habilidades sociais e traços de personalidade se influenciem mutuamente, isto é, traços específicos de personalidade devem facilitar determinadas formas de expressão social e dificultar outras, assim como a forma peculiar do sujeito se comportar socialmente, por outro lado, as gratificações e frustrações que obtém a partir do contacto com outras pessoas, também devem influenciar a organização de sua personalidade (Bueno et al 2001).

Segundo Gismero (2002) é difícil definir um comportamento socialmente habilidoso, de forma concreta e definitiva, já que esta vai depender do contexto cultural onde se desenrola, do estatuto social, da idade e do sexo. O comportamento interpessoal consiste num conjunto de capacidades de actuação aprendidas e a probabilidade de ocorrência de qualquer habilidade em qualquer situação social é determinada por factores ambientais, variáveis da pessoa e a interacção entre ambos.

3.2. A assertividade e as habilidades sociais

Existe alguma confusão entre o conceito de habilidades sociais e de assertividade. Há, por um lado, autores que os consideram sinónimos e, por outro lado, autores que defendem que são conceitos diferentes. Vamos considerar que o comportamento assertivo é um estilo, modo ou forma que se utiliza para interagir. Vamos entender a assertividade como um comportamento que implica a expressão dos sentimentos e a defesa dos direitos perante os outros (Fersnterheim & Baer, 1976; Smith, 1988).

Por outro, Caballo (1993) defende que para ser socialmente hábil é necessário utilizar um estilo assertivo para a interacção social. Se se emprega um estilo agressivo ou passivo é difícil interagir de forma satisfatória com os outros.

a) Estilo passivo: As pessoas que utilizam o estilo passivo para interagir, caracterizam-se pelo tom vacilante e de queixa, tal como por manter o olhar baixo, tom de voz baixo e evitarem a situação. Ao não se relacionarem de forma satisfatória com os seus

pares têm maior tendência para conflitos interpessoais, depressões, insegurança, auto-imagem negativa e solidão.

b) **Estilo agressivo:** As pessoas que utilizam o estilo agressivo, caracterizam-se por serem autoritários, costumam ter o olhar fixo, a voz alta, falar rápido e utilizar uma postura intimidatória. Tal como os passivos poder originar facilmente conflitos interpessoais, sentimentos de culpa, frustração, tensão, e não aparentam gostar dos outros.

c) **Estilo assertivo:** Estas pessoas caracterizam-se por serem firmes e directos. Costumam manter contacto visual, falar de forma fluida, utilizar gestos firmes, postura erecta, respostas directas e verbalizações positivas. Conseguem ter uma interacção social mais positiva, visto que se sentem bem consigo mesmo e com os outros, satisfeitos com as coisas que fazem e relaxados.

Na “assertividade” o comportamento expressa-se de forma manifesta e sem exercer coação sobre a outra pessoa, enquanto o comportamento “agressivo” expressa-se de forma manifesta, mas de modo coercivo sobre a outra pessoa. Na “agressão passiva” o comportamento expressa-se de forma indirecta, mas coaccionando a outra pessoa, isto é, tenta-se controlar o comportamento da outra pessoa de maneira indirecta ou subtil (p.ex., um olhar amenizador) (Caballo, 1993).

A tendência actual considera a assertividade como um comportamento de expressão directa dos próprios sentimentos, necessidades, direitos legítimos e opiniões sem ameaçar ou castigar os outros e sem violentar os direitos dessas pessoas (Caballo, 2002). É um conceito restringido ao conjunto de comportamentos que se integram dentro das habilidades sociais (Monjas et al, 1995). Pelo que o termo habilidade social é um conceito mais amplo que o de assertividade (Del Rio e Pérez, 1993).

Segundo Lange & Jakubowski (1976), citados por Bandeira et al (2000), dentro do próprio conceito de habilidades sociais, inclui-se uma subárea que se refere à assertividade, a qual consiste na habilidade de afirmação e defesa dos próprios direitos, através da expressão de pensamentos, sentimentos e crenças, de forma directa e honesta, sem desrespeitar o direito dos outros.

Também, Bueno et al (2001) afirmam que o treino de habilidades sociais é constituído por numa abordagem mais ampla que o treino assertivo, por se aplicar a qualquer dificuldade

de natureza interpessoal, como habilidades de comunicação, resolução de problemas, de cooperação, enquanto que o segundo se tem restringido às dificuldades de expressão de sentimentos e afirmação de direitos em função da ansiedade.

Vamos assim considerar que a assertividade é uma componente das habilidades sociais. Uma das razões porque as pessoas são pouco assertivas, pode ser porque pensam que não têm direito às suas crenças, direitos ou opiniões. A assertividade é susceptível de aprender-se, treinar-se e melhorar-se, o que se consegue através de técnicas de treino de assertividade ou de técnicas de treino de habilidades sociais ainda que estas englobem um maior número de competências.

3.3. Competência social versus habilidades sociais

O termo *competência social* foi definido inicialmente por Zigler e Phillips (1960); segundo Vallés & Vallés (1996), nas suas investigações colocaram em relevo que o nível inicial de competência social era um elemento diferenciador no tratamento psiquiátrico de sujeitos com transtornos psicológicos. Durante os anos sessenta alguns autores utilizaram o tema com carácter mais cognitivo. Nos anos setenta o treino das habilidades sociais passa a ser dirigido para o espaço terapêutico, inicialmente no treino das habilidades sociais em pessoas adultas. Actualmente os programas de treino das habilidades sociais são utilizados em vários contextos, como o clínico, o familiar, o organizacional, o educacional, o psicossocial, o hospitalar, entre outros.

Os termos mais utilizados actualmente são *habilidade social* e *competência social*. Mesmo parecendo próximos em termo de conceitos, possuem algumas diferenças significativas, que importam assinalar.

Fernández Ballesteros (1994) define o termo *competência social* como “*um construto que abarca múltiplas facetas relativas à qualidade dos ganhos de um indivíduo no desempenho dos seus diferentes papéis sociais, e que resulta do construto mais geral de competência pessoal*”. Já Kelly (1987), descreve competência social como “*um conjunto de distintos tipos de habilidades sociais que se utilizam para diferentes fins*”. Como podemos perceber, a autora utiliza o termo competência social de uma forma mais global, que possui como

componente a habilidade social. Recentemente, Candeias & Nunes (2005) definem a competência social como:

“um conjunto de crenças que determinam o modo como o sujeito interage no contexto social. Tendo que considerar ainda a forma como o sujeito faz ou lida com o que rodeia, envolvendo aspectos que se prendem com o contexto social em que se insere”.

Competência social também se pode definir segundo Spitzberg y Cupach (1985) como: *“o processo pelo qual a pessoa se relaciona de forma eficaz ou hábil com os outros”*. Del Prette & Del Prette (2006, p. 33)) defendem que:

“a competência social é a capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objectivos pessoais e de demandas da situação e da cultura, gerando consequências positivas para o indivíduo e para a sua relação com as demais pessoas.”. Outros autores definem-na como *“a habilidade para conhecer e lidar com o ambiente social de forma efectiva e adaptativa”* (Buck, 1991).

Podemos dizer que tanto o termo comportamento socialmente habilidoso como o de competência social podem empregar-se de uma forma geral para alertar em relação à eficácia da execução, no entanto o de habilidade social só se emprega para dar ênfase às capacidades específicas e/ou comportamentos e processos subjacentes à dita execução. Assim, apesar de não haver “critérios” absolutos, um comportamento socialmente habilidoso será *“aquele que possibilitará a um indivíduo relacionar-se adequadamente com as pessoas do seu ambiente”* (Gismero, 2002).

Del Prette & Del Prette (1999) apresentam dois conceitos, que são tratados de forma distinta. O conceito de competência social está relacionado com o sucesso ou o défice de comportamento, diz respeito a uma avaliação da adequação do comportamento e do efeito produzido numa determinada situação. As habilidades sociais envolvem os aspectos comportamentais (verbal e não-verbal) que são necessários à competência social.

Um indivíduo pode ter no seu reportório umas determinadas habilidades sociais, mas, para que a sua actuação seja competente, tem de as por em jogo na situação específica. Não é mais habilidoso o que mais comportamentos tenha, mas sim o que é mais capaz de

perceber e discriminar os sinais do contexto e eleger a combinação adequada de comportamentos para essa situação específica.

Segundo Weber & Col (Sd.) as habilidades sociais são classes de comportamento do reportório do indivíduo, que podem ser desempenhadas ou não, adequadamente ou não, configurando a sua competência social.

Trianes, Muñoz y Jiménez (1997), citados por Pades (2003, p.22) “*consideram as habilidades sociais como componentes da competência social, entendida esta como estrutura cognitiva e comportamental, mais ampla, que engloba habilidades e estratégias concretas e que está conectada com outras estruturas motivacionais e afectivas dentro do funcionamento psicológico individual*”.

Rin e Markle (1979), definiram a habilidade social como “*um reportório de comportamentos verbais e não verbais através dos quais as crianças incluem as respostas de outros indivíduos (pais, pares, etc.) em contexto interpessoal. E na medida em que têm êxito na obtenção de consequências desejáveis, evitando as não desejáveis, considera-se que possuem habilidade social*”.

Ao analisarmos mais atentamente as definições acima percebemos que elas possuem pontos de unanimidade entre os autores (múltiplas facetas, construto mais geral, um conjunto de habilidades sociais, um conjunto de crenças); a competência social é associada ao impacto de um comportamento específico (habilidades sociais) sobre os agentes sociais do ambiente (que são quem o avalia). Já a habilidade social possui como características comum ser um comportamento específico para interação social, e o facto de poder ser aprendido através do treino (e não uma característica da personalidade). As habilidades sociais são os comportamentos ou destrezas sociais indispensáveis para se realizar uma tarefa, do tipo interpessoal, competentemente, ou seja, são um conjunto de comportamentos interpessoais complexos, que se utilizam na relação com os outros (Verdugo, 1989; Monjas, 2002).

Também Del Prette e Del prette (2006, p. 31) defendem que:

“*enquanto o termo habilidades sociais tem um sentido descritivo de identificar os componentes comportamentais, cognitivo-afectivos e fisiológicos que contribuem*

para um desempenho socialmente competente, o termo competência social apresenta um sentido avaliativo que se define pela coerência e funcionalidade do desempenho social”

Primi et al (2001) apresentam umas definições gerais de competências e habilidades, citando o INEP (1999, p.9), em que esclarecem que:

“...Competências são as modalidades estruturais da inteligência, ou melhor, ações e operações que utilizamos para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que desejamos conhecer. As habilidades decorrem das competências adquiridas e referem-se ao plano imediato do ‘saber fazer’. Por meio das ações e operações, as habilidades aperfeiçoam-se e articulam-se, possibilitando nova reorganização das competências...”

Mayer e Salovey (1998), citados por Primi et al (2001), fazem uma distinção interessante entre habilidade e competência. Os autores argumentam que habilidade representa o potencial que se expressa, concretamente, em realizações ou desempenhos, envolvendo a apresentação de respostas correctas para problemas. A competência, nesta concepção, indicaria um nível padronizado de realização, o que implicaria dizer que a realização atingiu um determinado nível. Primi et al (2001) defendem ainda que, a habilidade não implica, necessariamente, competência. A habilidade indica facilidade em lidar com um tipo de informação e para que se transforme em competência será necessário investimento em experiências de aprendizagem. Assim, existem pelo menos três factores associados ao desenvolvimento de competência: habilidade, montante de investimento e qualidade das experiências de aprendizagem.

Pode-se concluir que a competência social é tratada como uma definição global, um construto possível, além de multidimensional, enquanto que a habilidade social é caracterizada como uma definição específica, sendo a mesma constituída por componentes comportamentais, cognitivos e fisiológico. Já que as habilidades são comportamentos específicos que, no seu conjunto, formam a base do comportamento socialmente competente, podem considerar-se como parte do construto competência social. Assim, ao falarmos de competência social abarcamos tudo o que tem carácter avaliativo, e o termo habilidades está relacionado com comportamentos específicos.

Ao longo deste estudo vamos utilizar o termo *habilidade social*, visto ser o que nos interessa, evitando assim confusões referentes à definição.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS HABILIDADES SOCIAIS

4.1. Componentes das habilidades sociais

As habilidades sociais compreendem, conforme Vallés & Vallés (1996), as componentes comportamentais (verbais, para linguísticas e não-verbais), cognitivas (percepção social, variáveis cognitivas da personalidade) e por fim as componentes fisiológicas (manifestações psicofisiologias, afectivo emocionais).

Também Del Prette & Del Prette (2001), citados por Murta & Magalhães (2003, p. 29) defendem que:

“as habilidades sociais reúnem componentes comportamentais (verbais de forma, verbais de conteúdo e não verbais), cognitivo-afetivos mediadores (habilidades e sentimentos envolvidos na descodificação das demandas interpessoais da situação, na decisão sobre o desempenho requerido nessa situação e na elaboração e automonitoria desse desempenho) e fisiológicos (processos sensoriais e de regulação ou controle autonómico)”.

De acordo com as definições determinadas, apresenta-se em seguida um quadro, onde os termos são descritos de um modo mais claro, tendo em conta o posicionamento de cada denominação.

Quadro 1 – Componentes das habilidades sociais

Definição Geral	Definição Específica	Componentes
Competência Social	Habilidade Social	1.Comportamentais a) Não verbais: o olhar, o sorriso, os gestos, a expressão facial, a postura corporal, o contacto físico, a orientação corporal, a distância/proximidade, a aparência pessoal. b) Paralinguísticos: a latência de resposta; a voz: volume, timbre, clareza; tom/inflexão, velocidade...

		<p>c) Verbais: falar em público, iniciar manter e terminar uma conversa, aceitar uma crítica justa, pedir e conceder favores...</p> <p>2. Cognitivas</p> <p>a) Percepção Social (ambientes de comunicação): formalidade, privacidade, familiaridade, restrição, distância.</p> <p>b) Variáveis Cognitivas da Pessoa: objectivos e motivação, solução de conflitos, expectativas pessoais, locus de controle...</p> <p>3. Fisiológicas</p> <p>a) Manifestações Psicofisiológicas: taxa cardíaca, pressão sanguínea, a respiração, respostas galvânicas...</p> <p>b) Afectivo-emocionais: expressões das emoções, controle da ansiedade...</p>
--	--	--

Quadro proposto conforme a definição de competência social por Fernández Ballesteros (1994), Kelly (1987), Candeias & Nunes (2005); e habilidades sociais por Vallés & Vallés (1996, p. 57-58).

Como se pode observar no quadro, a competência social é tratada como uma definição global, enquanto que a habilidade social é caracterizada como uma definição específica, sendo a mesma constituída por componentes comportamentais, cognitivos e fisiológico.

Segundo Pades (2003) Lazarus (1973) foi um dos primeiros a estabelecer, desde a prática clínica, como principais classes de resposta ou dimensões das ditas habilidades, as seguintes: comportamental e verbal, cognitiva, fisiológica e situacional. Para estudar estes componentes destaca a possibilidade de fazê-lo desde dois níveis de análise: o molar e o molecular (Caballo, 2002).

“O enfoque molar inclui tipos de habilidade geral, por exemplo: a defesa dos direitos. Supõe-se que cada uma dessas habilidades gerais dependem do nível e de uma variedade de componentes moleculares de resposta, como o contacto ocular, o volume de voz, ou a postura. Este enfoque molar prefere avaliações gerais, subjetivas (Pades 2003, p.47).

“O enfoque molecular está intimamente ligado ao modelo comportamental da habilidade social. O comportamento interpessoal divide-se em componentes

específicos, que se podem medir de forma objectiva (p. ex., número de sorrisos e número de segundos de contacto ocular). Mas a questão mais importante é que o impacto social é determinado não pelo número de sorrisos ou os segundos de contacto ocular, mas por um complexo padrão de respostas que têm lugar em conjugação com as da outra pessoa na interacção. Daí que a análise molecular será essencial para a investigação” (Pades 2003, p.47).

Segundo Vallés & Vallés (1996) a diversidade conceptual e terminológica que foi referida anteriormente manifesta-se também nos componentes das habilidades sociais. Foram vários os autores que se centraram sobre o tema. Para tal, contribuiu também a dualidade de enfoques ou níveis de análise: molar e molecular. O enfoque molecular está ligado ao modelo comportamental da habilidade social. Determinar que elementos moleculares integram uma determinada conduta molar ou geral é uma questão difícil de elucidar.

Apesar da ênfase no comportamento observável, influenciado pela terapia comportamental e da literatura sobre as habilidades sociais, desde há alguns anos deu-se um progressivo crescimento na consideração do comportamento encoberto, isto é, pensamentos, crenças, processos cognitivos, etc. (Pades, 2003)

4.1.1. Componente comportamental e verbal

A habilidade social inclui um conjunto de comportamentos aprendidos, que se tentam decompor em elementos mais simples, observáveis e quantificáveis objectivamente (enfoque ao nível da análise molecular).

A comunicação verbal e não-verbal são os componentes básicos do desempenho social. A capacidade de utilizá-los de forma coerente e complementar é ingrediente fundamental para um desempenho socialmente competente.

Segundo Del Prette & Del Prette (2006, p.37) *“a criança aprende, desde cedo, que a escolha e o uso correcto de determinadas palavras, em vez de outras, tem um efeito decisivo na interpretação que os demais fazem sobre o que quer comunicar. Por outro lado, aprende a inferir intenções e emoções com base no conteúdo verbal e não-verbal das mensagens que recebe”*.

A linguagem não verbal é contínua e difícil de controlar, já que muitas vezes se desenvolve de forma inconsciente. A sua aprendizagem desenrola-se de forma indirecta e informal. Por outro lado, a linguagem verbal efectua-se de forma consciente e em princípio é controlável (Baldivieso, 2006).

Figueredo (2005) cita Argyle para defender e afirmar que a comunicação verbal é o mais completo meio de comunicação disponível. Numa interacção em que as pessoas são mais íntimas, a comunicação verbal é um importante instrumento no estabelecimento e manutenção dessa intimidade, em função da proximidade física, contacto visual, expressão facial, assunto de conversação, tom de voz, etc.

Quanto à dimensão verbal, Lazarus (1973), citado por Pades (2003, p.49) *“considerou que os sujeitos com habilidade social eram capazes de conversar em períodos de silêncio da interacção e eram mais sensíveis à retroalimentação do outro. Segundo este autor entre os elementos da dimensão verbal estariam: a) Capacidade de dizer “não”; b) Capacidade de pedir favores e fazer pedidos; c) Capacidade de expressar sentimentos positivos e negativos; d) Capacidade de defender direitos; e) Capacidade de iniciar, manter e terminar conversas”*.

Mais tarde Caballo (1993) acrescentou os seguintes elementos: a) Fazer elogios; b) Aceitar elogios; c) Fazer pedidos; d) Expressar amor, agrado e afecto; e) Iniciar e manter conversas; f) Defender os próprios direitos; g) Recusar pedidos; h) Expressar opiniões pessoais, incluindo o desacordo; i) Expressão justificada de mau-estar, desagrado ou enfado; j) Pedido de mudanças no comportamento do outro; k) Pedir desculpas ou admitir ignorância; l) Enfrentar as críticas.

Apesar destas dimensões se referirem apenas aos conteúdos verbais da resposta, os componentes não verbais têm tanta importância como eles. A comunicação das emoções ocorre muito mais por meio da expressão não-verbal do que da verbal. Existem sentimentos difíceis de serem traduzidos em palavras. Os dois aspectos paralinguísticos considerados mais importantes na análise da competência social são: A alternância entre falar e ouvir; a regulação da forma da fala. Segundo Del Prette & Del Prette (2006) a troca da condição de ouvinte para falante, entre dois interlocutores, é efectuada, na maioria das vezes, com base em uma indicação subtil dos participantes, do tipo pausas maiores,

expressões faciais, movimentos da mão ou mesmo de forma explícita com o apoio de verbalizações do tipo, “está na minha vez de falar”. Se não se identifica ou não produz os sinais não verbais para essa alternância, pode-se apresentar dificuldade na interação, principalmente nas etapas iniciais de conversação e estabelecimento de amizades

Os componentes não verbais (p. ex., contacto ocular, gestos, postura, distância, etc.) e paralinguísticos (volume de voz, tom, latência, fluidez, etc.) estão muito bem identificados na literatura. A regulação desses componentes é um ingrediente crítico na percepção de competência social

Caballo e Buela (1988 a, 1988 b, 1989), citados por Pades (2003) encontraram que o olhar, as pausas de conversação e o tempo de fala (entoação e fluidez) eram os três elementos avaliados segundo a quantidade/ frequência, que diferenciavam sujeitos de alta, baixa e meia habilidade social entre si.

A comunicação através da postura corporal é tão reveladora que pode demonstrar estado de tensão ou de relaxamento, satisfação, timidez, surpresa, impaciência, etc. Os gestos, sendo movimentos corporais expressivos, podem facilmente ser reveladores do estado emocional da pessoa. Os olhos podem ser o principal instrumento para captar mensagens, funcionando como canal emissor e receptor, podendo comunicar diferentes pensamentos, intenções e emoções (Figueredo, 2005).

Para Pades (2003) nos componentes verbais incluem-se aspectos como certos elementos da fala (fala egocêntrica, instruções, perguntas, comentários, conversa informal, expressões executivas, costumes sociais, estados emocionais e atitudes, mensagens latentes,...) e elementos da comunicação (como duração da fala, retroalimentação, perguntas,...). Entre os elementos não verbais incluem-se: o olhar, a dilatação pupilar, a expressão facial, os sorrisos, a postura corporal, os gestos, a distância (a proximidade, o contacto físico), a aparência pessoal, os movimentos de cabeça e certos componentes paralinguísticos como a latência, o volume, o timbre, o tom da voz e a inflexão, a fluidez (perturbações da voz e outros sinais vocais), o tempo de discurso, a clareza e a velocidade.

Vallés & Vallés (1996) também elaboraram uma lista de componentes comportamentais das habilidades sociais, que subdividiram em Componentes não verbais (olhar, sorriso,

gestos, expressão facial, postura corporal, contacto físico, orientação corporal, distância/proximidade, aparência pessoal), Componentes para-linguísticos (a latência da resposta, a voz e o seu timbre, clareza, tom, velocidade, tempo de resposta, fluidez e acentuação) e Componentes verbais (Os componentes básicos da fala, o falar em público, as habilidades heterosociais, principalmente as relações com o sexo oposto, os componentes básicos e habilidades de conversação de que são exemplo o saudar, o apresentar-se, o iniciar e manter uma conversa, o fazer amigos, o aceitar da crítica, o pedir e conceder favores, o fazer perguntas, o escutar, o pedir desculpas, o defender dos próprios direitos, o respeitar os direitos dos outros, fazer auto-revelações, tomar decisões, reforçar o interlocutor, aceitar reforços e o colocar-se no lugar do outro).

4.1.2. Componente cognitivo

Para Bolsoni-Silva (2002) a dimensão pessoal inclui também os processos encobertos como expectativas, crenças e cognições (comportamentos privados), que acompanham os desempenhos interpessoais e que podem interferir de forma positiva ou negativa sobre esses desempenhos, apesar da análise tradicional das habilidades sociais ter privilegiado os componentes comportamentais, deixando de lado esta dimensão cognitiva até recentemente.

Para Pades (2003, p.51) *“parece estar claro que as situações e os ambientes influenciam os pensamentos, sentimentos e acções dos indivíduos. O modo como selecciona as situações, os estímulos e acontecimentos, como os percebe e avalia nos seus processos cognitivos faz parte desta dimensão cognitiva e depende dos processos cognitivos ou expectativas de autoeficácia percebida. O processamento e a percepção e interpretação podem ser errados influenciando negativamente o comportamento desencadeando emoções negativas e comportamentos inadaptados ou inexistentes”*.

Podendo assim, desta forma, levar-nos a afirmar alguma correlação entre os componentes comportamentais e o sistema de resposta cognitiva e vice-versa.

O modelo cognitivo parte do pressuposto de que o desempenho interpessoal está relacionado com o processamento dos estímulos ambientais, dos fenómenos do ambiente social, em que o indivíduo organiza cognições e comportamentos frente a objectivos sociais ou interpessoais culturalmente aceites, sendo que essas cognições causam comportamentos (Bolsoni-Silva, 2002).

Os componentes comportamentais têm co-relação com o sistema de resposta cognitivo e vice-versa, ou seja as habilidades sociais de carácter comportamental são influenciadas pelo processo de pensamento que se gera na estrutura neurológica do sistema nervoso, segundo Argyle & Kendon (1967), citados por Vallés & Vallés (1996), os quais assinalam que as dificuldades no comportamento social podem estar relacionadas com factores cognitivos (distorções cognitivas) sendo estas situacionais e específicas.

Vallés & Vallés (1996), identificam as seguintes componentes de carácter cognitivo:

- *Habilidade de percepção do ambiente de comunicação*. Os diferentes ambientes de comunicação classificam-se em:

- a) Ambiente formal/percepção de formalidade.
- b) Ambiente confortável/percepção de conforto.
- c) Ambiente privado/percepção de privacidade.
- d) Ambiente familiar/percepção de familiaridade.
- e) Ambiente restritivo/percepção de distância psicológica.

- *Variáveis cognitivas da pessoa*, destacando os seguintes componentes cognitivos, os quais determinam a eficácia da habilidade social:

- a) Objectivos e motivação;
- b) Competências cognitivas;
- c) Constructos pessoais;
- d) Expectativas pessoais;
- e) Locus de controlo;
- f) Valores subjectivos dos estímulos;
- g) Auto-controlo (As estratégias de auto-regulação do comportamento são as auto-instruções; a observação; a auto-avaliação; o auto-conceito e a auto-estima.

Para Gismero (2002) a componente cognitiva consiste na forma de perceber cada situação de cada indivíduo, as suas expectativas, valores e auto-verbalizações. Ou seja, todas aquelas variáveis cognitivas que se aprenderam ao longo da vida e que nos fazem ser pessoas únicas, sobre quem o ambiente terá uma influência específica.

Perante uma nova situação, sem informação sobre as expectativas comportamento-resultados, é provável que o comportamento da pessoa seja influenciado pelas expectativas em relação ao comportamento-resultado (influenciado pelas experiências prévias), tal como poderá ficar inibida na resposta se considerar que a mesma lhe traz consequências negativas, se tiver medo de uma avaliação negativa dos outros, ou se for muito influenciada por valores pessoais/crenças religiosas (Pades, 2003).

4.1.3. Componente fisiológico

Os componentes de carácter fisiológico das habilidades sociais são entendidos como aqueles sinais ou variáveis corporais que se manifestam com a activação dos diferentes aparelhos do corpo humano. Caballo (1993), citado por Vallés & Vallés (1996) identifica os seguintes componentes:

- a) A taxa cardíaca;
- b) A pressão sanguínea;
- c) O fluxo sanguíneo;
- d) As respostas electrodérmicas;
- e) As respostas electromiográficas;
- f) Respiração.

Ainda que os estudos experimentais realizados sobre os componentes fisiológicos das habilidades sociais não sejam conclusivos, parece que os sujeitos de alta habilidade social demoram menos tempo a reduzir a sua activação (medida pela taxa cardíaca ou o volume de sangue) que os sujeitos de baixa habilidade social (Pades, 2003)

4.1.4. Componente situacional ou ambiental

Refere-se às variáveis situacionais ou ambientais que influenciam o comportamento social da pessoa, pois não podemos esquecer que as habilidades sociais são respostas específicas a situações específicas, então a sua efectividade depende do contexto concreto da interacção e dos parâmetros que nela existirem.

São as situações que podem facilitar ou dificultar o comportamento assertivo numa determinada situação. É diferente falar com um amigo do que falar com um familiar, ou

com um polícia, com um homem ou com uma mulher, com uma criança ou com um idoso (Gismero, 2002).

Fernández-Ballesteros (1986), citado por Pades (2003) identifica os seguintes tipos de variáveis ambientais:

- a) Físicas: temperatura, poluição, saneamento, construção de edifícios,
- b) Sociodemográficas: género, idade, estado civil, situação da estrutura familiar, número de membros no lar, família, ocupação do chefe de família, lugar de nascimento, rendimentos pessoais, raça, língua, religião ,...
- c) Organizativas: variáveis que ordenam ou normativizam o comportamento dos habitantes num determinado ambiente como parque, jardim, empresa,....
- d) Interpessoais ou psicosociais: variáveis implicadas nas relações interpessoais, pois as relações humanas costumam ser avaliadas em função do comportamento externo dos sujeitos (papéis, liderança, estereótipos).
- e) Comportamentais: tipos de comportamentos que se adoptam num determinado ambiente, sejam motores, fisiológicos ou cognitivos.

O carácter situacional mostra que o desempenho social não é uma decorrência da “personalidade”, no sentido de características pessoais estáveis”. Ele depende das condições do ambiente e das experiências formais e informais de aprendizagem que nele ocorrem (Del Prette & Del Prette, 2006).

Os ambientes quentes são aqueles lugares físicos agradáveis indutores da comunicação pessoal. O meio no qual se produzem as interações sociais pode gerar um sentimento de acolhimento ou frieza no sentido psicológico, mais cómodos e relaxados ou, pelo contrário, mais tensos, se o ambiente for frio. Alguns elementos físicos como a combinação de cor das paredes da casa, cortinas, tapetes, mobiliário, etc. fazem-nos sentir mais ou menos relaxados nas situações de interação social (Vallés e Vallés, 1996).

4.2. Classes de habilidades sociais

Identificam-se na literatura, várias tentativas de sistematizar o conjunto de habilidades sociais para um desempenho socialmente competente. Del Prette & Del Prette (2006) fazem referência a Baraldi & Silveira (2003); Barr & Parret (2001); Caldarella & Merrell

(1997); Del Prette & Del Prette (2001); Del Prette & Del Prette (2002); Feitosa (2003); Garcia (2001); Gomes da Silva (2000); Gresham & Elliott (1990); Kleijn & Del Prette (2002); Lohr (2003); Martini (2003); McGinnis, Goldstein, Sprafkin e Gershaw (1984); Melo (2004); Molina & Del Prette (2002); Paula & Del Prette (1998); Pinheiro, Haase & Del Prette (2002); Ramey & Tamey (1999) e Stephens (1992).

Segundo Del Prette & Del Prette (2006), no final dos anos 70, Stephens (1992) identificou 136 classes de habilidades sociais, agrupando-as em quatro conjuntos: **relação consigo próprio, relação com o ambiente, relação com as tarefas, relação com outras pessoas**. Dez anos mais tarde McGinnis et al (1984) seleccionaram 60 classes de habilidades, que organizaram em 5 classes: **Sobrevivência na sala de aula** (Ouvir, pedir ajuda, agradecer, terminar tarefas, seguir instruções, contribuir nas discussões, perguntar), **Fazer amizade** (Apresentar-se, iniciar e terminar conversação, juntar-se a um grupo, pedir favor, oferecer ajuda, cumprimentar e aceitar cumprimentos), **Lidar com os sentimentos** (Reconhecer e expressar os próprios sentimentos, expressar compreensão dos sentimentos dos colegas, expressar interesse pelos demais, lidar com a própria raiva e a raiva dos interlocutores, lidar com o medo), **Alternativas à agressão** (Manifestar autocontrole, pedir permissão, lidar com críticas, aceitar consequências, negociar), **Lidar com o stress** (Enfrentar os aborrecimentos, fazer e responder a queixas, mostrar espírito desportivo, lidar com vergonha e fracassos, dizer e aceitar o “não”). Mais tarde e baseado em estudos empíricos com amostras amplas, Gresham & Elliott (1990) fazem a proposta de agrupamento em cinco classes: **Cooperação** (Ajudar outros, compartilhar materiais, seguir regras e instruções), **Asserção** (Pedir informações, apresentar-se, reagir a acções injustas de outros, convidar para a actividade), **Responsabilidade** (Pedir ajuda a adultos, solicitar permissão para utilizar objectos de colegas, identificar a pessoa certa para informar sobre incidente), **Empatia** (Mostrar interesse e respeito aos sentimentos e pontos de vista de outros), **Autocontrolo** (Responder apropriadamente a críticas ou brincadeiras, lidar com situações de conflito ou pressão).

Apesar da dificuldade de se obter um sistema único e consensual de classificação das habilidades sociais, as mesmas foram-se sucedendo com diferentes autores. Del Prette & Del Prette (2006) propõem a sua própria classificação em sete classes, cada uma delas constituído pelas suas subclasses: Autocontrolo e expressividade emocional, Civilidade, Empatia, Assertividade, Fazer amizades, Solução de problemas interpessoais, Habilidades

sociais académicas. Salienta-se a defesa que os autores fazem para a possível sobreposição e/ou complementariedade entre os componentes das diferentes classes. Os seja, a competência social no desempenho de habilidades empáticas requer autocontrolo, expressividade emocional e civilidade. A empatia é um importante componente das habilidades de fazer amizades. A competência na solução de problemas necessita de habilidades de autocontrolo emocional e das demais classes.

Também Gismero (2002) sentiu a necessidade de elaborar um instrumento de avaliação das habilidades sociais (Escala de Habilidades Sociais). Esta escala agrupa 33 habilidades sociais em 6 classes a que a autora chamou de factores:

- 1- Auto-Expressão em situações sociais;
- 2 – Defesa dos próprios direitos como consumidor;
- 3 – Expressão de enfado ou desacordo;
- 4 – Dizer não e terminar interacções;
- 5 – Fazer pedidos;
- 6 – Iniciar interacções positivas com o sexo oposto.

4.3. Formação e manutenção das habilidades sociais

A socialização caracteriza-se pela ampliação e refinamento do repertório de comportamentos sociais e, simultaneamente, pela compreensão gradual dos valores e normas que regulam o funcionamento da vida em sociedade. Para tal devemos ter em conta os diferentes processos de aprendizagem dos comportamentos sociais valorizados no contexto.

A importância da interacção social na aprendizagem e no desenvolvimento vem sendo há muito reconhecida (Vygotski, 2003), podendo-se afirmar que a qualidade das relações a que as crianças são expostas mapeiam as diferentes realidades por elas assimiladas e, simultaneamente, os tipos de indivíduos construídos por essa realidade, influenciando o processo e o conteúdo do desenvolvimento das suas características pessoais (modo de agir, pensar e sentir) e concepções de mundo (Campos et al, 2000).

O desenvolvimento de habilidades sociais tem como base os processos de aprendizagem, os quais se evidenciam por mudanças relativamente permanentes nos conhecimentos ou comportamentos e acções das pessoas, mudanças estas devidas à experiência, ou seja, às

relações sociais e objectais que os indivíduos experimentam na sua história de vida (Gatti, 1997).

Como já se comentou anteriormente, desde a teoria da aprendizagem social, as habilidades sociais entendem-se como capacidades e comportamentos aprendidos, sendo provável que dependam do processo de crescimento e das experiências da própria pessoa. Em relação à sua formação, podemos dizer que existe um período crítico na formação e aquisição das habilidades sociais que é a infância (Barco, 2002; Vallés & Vallés, 1996)

Segundo Del Prette & Del Prette (2006, p.51) *“...A aprendizagem de comportamentos sociais e de normas de convivência inicia-se na infância, primeiramente com a família e depois em outros ambientes como vizinhança, creche, pré-escola e escola. Essa aprendizagem depende das condições que a criança encontra nesses ambientes, o que influi sobre a qualidade de suas relações interpessoais subsequentes...”*

Assim, as habilidades sociais, ao tratarem-se de capacidades e comportamentos que mostram os sujeitos em situações de interacção social, constituem respostas específicas às exigências das situações, o que leva à necessidade de desenvolver nas pessoas repertórios flexíveis e variados de conduta social, em vez de padrões rígidos e uniformes.

Bellack e Morrison (1982), por outro lado, consideram que a explicação mais aceitável para a aprendizagem precoce do comportamento social é dada pela teoria da aprendizagem social. O factor crítico seria então a modelação.

Também Del Prette & Del Prette (2006) salientam que as condições ambientais caracterizam os diversos processos de aprendizagem, principalmente os de observação ou modelação, instrução e consequenciação (punição e recompensa). Consequências que juntamente com os feedback apresentados pelas pessoas do ambiente são cruciais para a manutenção ou mudança de padrões comportamentais e para a emissão ou não das habilidades aprendidas.

Segundo Pades (2003), para a aquisição das habilidades sociais, sobretudo na configuração do estilo de interacção no processo de formação, é fundamental a aprendizagem por

observação de pessoas significativas (pais e cuidadores), mas também de iguais, especialmente durante a adolescência e dado que os costumes sociais, modas e estilos de vestir ou a linguagem, mudam durante a vida da pessoa ter-se-ia que continuar a aprender com o fim de continuar a ser socialmente habilidoso.

Assim, as características específicas de um desempenho social, que o tornam indicativo de uma habilidade social, dependem de factores da situação (contexto físico, acontecimento antecedente, comportamentos sociais e regras aceites ou proibidos nessa situação), da pessoa (objectivos, sentimentos, avaliação sobre o próprio reportório comportamental e a relação com o outro) e da cultura (normas e valores, padrões de comportamento valorizados ou reprovados para os diferentes tipos de situação, contextos e interlocutores) (Del prette & Del Prette, 2006). Segundo estes autores, esse processo de aprendizagem dos valores e normas pode ser mais ou menos consciente ou explícito. Uma criança, além de aprender um conjunto de habilidades sociais para responder a diferentes situações, precisa articular factores pessoais, da situação e da cultura para apresentar um desempenho socialmente competente, o que implica coerência entre sentimentos, pensamentos e acções, o que também se desenvolve.

Assim uma vez adquiridas, estas habilidades manter-se-iam ou não dependendo dos processos de maturação e das experiências de aprendizagem serem de sucessos ou falhanços nas interacções com os outros (Argyle, 1969).

Segundo Bronfenbrenner (1996) a vida familiar estrutura-se numa espécie de economia de relações interpessoais com exigências interactivas variadas, que constituem ocasiões para o exercício e desenvolvimento da competência social. O contexto familiar é considerado numa perspectiva ecológica do desenvolvimento humano. O contexto familiar constitui, portanto, a base da estimulação inicial dos padrões de relacionamento e competência social.

Segundo Del Prette & Del Prette (2006, p. 59), *“os pais utilizam, geralmente, três alternativas para promover o reportório socialmente competente dos filhos: (a) estabelecimento de regras por meio de orientações, instruções e exortações; (b) manejo de consequências, por meio de recompensas e punições; (c) oferecimento de modelos”*.

Quando no caminho para adulto se começa a frequentar outros microsistemas além do familiar, ampliam-se a quantidade e a diversidade de interlocutores, assim como as oportunidades para aplicar e aperfeiçoar o seu repertório de habilidades sociais. Com a entrada na escola, ou mesmo a vivência de uma situação de internamento hospitalar, obriga o indivíduo a transitar entre dois microsistemas, que pela sua articulação e interdependência constituem um sistema mais amplo, com normas e expectativas comuns mas com outras próprias de cada um deles.

Assim, as habilidades sociais no adulto estariam relacionadas com a competência social (efetividade), influenciada pelo temperamento (expressão de emoções), as experiências perante as situações, a situação e o momento. Neste ponto de vista, quanto mais experiência tiver um indivíduo de uma situação, mais dependerá o seu comportamento social do que o indivíduo tenha aprendido a fazer nessa situação e menor será a contribuição aparente do temperamento (Pades, 2003).

Para Murta & Magalhães (2003) as habilidades sociais podem ser desenvolvidas naturalmente, durante todo o ciclo vital e em diversos contextos.

Segundo Trianes (2002) citado por Murta & Magalhães (2003, P.29) *“na infância, as práticas educativas parentais, como estratégias de controle, modos de comunicação, qualidade e quantidade de exigências de amadurecimento e demonstração de afeto na relação com os filhos, influenciam o desenvolvimento das habilidades sociais. Com a passagem para a escola, a criança consolida as habilidades já aprendidas e necessita aprender outras, principalmente, para interagir com os iguais. A interação competente com outras crianças resulta em aceitação dos outros, popularidade e aquisição de amigos”*.

Segundo Del Prette & Del Prette (2001) citados por Murta & Magalhães (2003, p.29) *“na adolescência, as pessoas significativas esperam que o jovem apresente comportamentos sociais mais elaborados, visualize o futuro e busque pessoas do sexo oposto. Na vida adulta, habilidades profissionais e sexuais são requeridas em prol da independência e do intercâmbio cultural. Na velhice, com a diminuição da percepção e da responsividade, é importante desenvolver*

habilidades para lidar com preconceitos, manifestados através de evitação, agressividade e superproteção”.

Mayer e Salovey (1998), citados por Primi et al (2001) fazem uma distinção importante entre habilidade (referindo-as como aptidões) e competência. Os autores argumentam que habilidade representa o potencial que se expressa, concretamente, em realizações ou desempenhos, envolvendo a apresentação de respostas correctas para problemas e conhecimento de determinado conteúdo etc. A competência, nesta concepção, indicaria um nível padronizado de realização, o que implicaria em dizer que a realização atingiu um determinado nível. Dessa forma, é possível pensar que a habilidade não necessariamente implica em competência. A habilidade indica facilidade em lidar com um tipo de informação e para que se transforme em competência será necessário investimento em experiências de aprendizagem.

5. AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS

Passamos grande parte da nossa vida em interação com outras pessoas, muitas vezes imersos em complexos e distintos sistemas, em que as regras variam e os papéis não estão claramente definidos. Mobilizarmo-nos e desenvolvermo-nos entre eles requer uma grande destreza social da nossa parte. Acontece, com frequência, termos dificuldade em defender os nossos legítimos direitos, expressar os nossos sentimentos, dizer em público a nossa opinião, discordar do ponto de vista de outra pessoa sem discutirmos, iniciar uma relação que nos interessa, ou terminar um diálogo que não nos interessa continuar.

Apesar da influência de correntes teóricas sobre o desenvolvimento humano de cariz ecológico (Bronfenbrenner, 1996) e sócio-construtivista (Vygotski, 2003), que privilegiam, não apenas o contexto, mas as múltiplas interações entre a pessoa e os ambientes, o desenvolvimento pessoal através da relação com os pares mais próximos e a importância do indivíduo na condução desse desenvolvimento, até há pouco tempo, punha-se muito mais ênfase na aquisição de competências técnicas que na melhoria das relações interpessoais, mesmo em profissões em que é fundamental o contacto com os outros de uma forma que o mesmo pode afectar a qualidade dessa relação. Há pessoas que não se relacionam de forma construtiva, seja a nível laboral, seja a nível familiar ou social, reconhecendo-se agora a importância de aprender a fazê-lo.

Fobias, problemas sexuais, problemas de relação conjugal, depressões, agressividade, delinquência, adição, são alguns exemplos de situações em que é evidente uma dificuldade para interagir adequadamente com outras pessoas (Gismero, 2002).

A avaliação das habilidades sociais tem, ultimamente, interessado terapeutas, professores, empresários e o público em geral. As pesquisas no campo das habilidades sociais mostram a importância da *avaliação* do desempenho social. Os resultados dessas pesquisas indicam que as pessoas socialmente hábeis apresentam relações pessoais e profissionais mais

produtivas satisfatórias e duradouras, além de melhor saúde física e psicológica (Murta & Magalhães, 2003).

Embora o máximo da competência social implique uma maior flexibilidade comportamental, própria da capacidade adaptativa do ser humano, as pessoas não são igualmente habilidosas nas diferentes situações interpessoais e os desempenhos socialmente aprovados e valorizados podem variar bastante de uma cultura para outra. Esse carácter situacional-cultural da competência social opõe-se à noção de traços de personalidade implicando a necessidade de se avaliar o desempenho social sob diferentes contextos, exigências e interlocutores prováveis e significativos nas relações interpessoais da população alvo. Em relação ao carácter cultural, a literatura destaca a influência dos valores, normas e expectativas sobre os desempenhos sociais da população em geral e de subgrupos com características sócio demográficas específicas em termos de sexo, idade, ocupação e papéis sociais etc. que podem constituir subculturas. Dentre esses aspectos, sexo e idade têm sido os mais críticos, levando a estudos sobre padrões desenvolvimentais e de género. As diferenças na competência social de homens e mulheres ocorrem desde a infância (Del Prette et al, 2004).

A avaliação deve estar orientada para identificar os problemas ou dificuldades existentes. Numa primeira fase, os objectivos da avaliação serão, segundo Gresham (Vallés & Vallés, 1996), os seguintes:

- Determinar a ausência ou o defice da habilidade;
- Determinar quando, existindo a habilidade, esta é deficitária devido à falta de motivação ou pela falta de oportunidades para a praticar;
- Identificar quais as habilidades que se possuem e podem ser úteis para reforçar as deficitárias;
- Identificar as condições contextuais que motivam um determinado funcionamento social, de forma a contribuir para a planificação dos programas de treino e para a avaliação dos efeitos da aprendizagem.

Aspectos metodológicos

A avaliação está presente no quotidiano, pois todas as pessoas avaliam e também são avaliadas. Toda a forma de avaliação pressupõe um julgamento com base numa concepção

explícita ou implícita, pelo que deveria ser considerada actividade que requer rigor e eficácia (Oliveira et al 2005).

Actualmente contamos com múltiplos e variados procedimentos para a avaliação das habilidades sociais. Mas mesmo assim, não existe nenhum procedimento ou técnica que por si mesma ofereça uma cobertura metodológica suficiente, sendo necessário dispor de grande flexibilidade na utilização e combinação de métodos e instrumentos.

O tamanho da unidade a avaliar, de acordo com Caballo (Vallés & Vallés, 1996) pode ser classificado segundo duas unidades de medida:

- Um *enfoque molar* ou *global*, que é empregue quando se pretende fazer um juízo avaliativo acerca de construtos da competência social, como por exemplo da assertividade, sem especificar o grau de habilidade nos componentes da mesma (ex.: expressar sentimentos, ideias, opiniões, etc.);
- Um *enfoque molecular*, que é empregue quando se pretende avaliar comportamentos muito simples e facilmente operacionalizáveis, tal como defende Fernández Ballesteros (Vallés & Vallés, 1996), o que tem a vantagem de maior objectividade mas a desvantagem de uma visão excessivamente sectorial ou parcial da realidade social do indivíduo, padecendo muitas vezes de validade social.

Também Del Prette et al (2004) defendem que a avaliação do repertório de habilidades sociais pode focalizar-se nos aspectos observáveis ou não observáveis do comportamento. Os aspectos observáveis referem-se às classes comportamentais amplas ou molares como fazer e responder cumprimentos e elogios, expressar opiniões e discordâncias, iniciar, manter e encerrar conversações, fazer críticas e responder a elas etc. e, também, aos seus componentes moleculares verbais e não-verbais, como de tom de voz, contacto visual, gestos, postura etc. Os aspectos não directamente observáveis incluem pensamentos, percepções, representações etc., que precedem, acompanham ou seguem o desempenho social.

A avaliação das habilidades sociais apresenta um problema metodológico, devido, entre outras razões, à falta de consenso na conceptualização entre os diferentes autores, à procedência de origem diversa dos instrumentos avaliadores que se empregam, às escassas propriedades psicométricas de fiabilidade e validade de alguns deles, e à falta de dados

sobre a inter-relação existente entre os três sistemas de resposta (comportamental, cognitivo e fisiológico) (Monjas, 1994, citado por Vallés & Vallés, 1996).

Segundo Oliveira *et al.* (2005), a avaliação está presente no quotidiano, pois todas as pessoas avaliam e são também avaliadas. Toda a avaliação pressupõe um julgamento com base numa concepção explícita ou implícita. Considerando-se a avaliação não como algo inerente ao senso comum, mas como uma actividade que requer rigor e eficácia, pode-se afirmar que esta é uma prática profissional importante, tendo em vista que pode fornecer elementos de análise imprescindíveis para a actuação em diferentes campos. Os instrumentos de medida que investigam amostras de comportamento devem ser capazes de auxiliar na identificação das características dos sujeitos. Para tanto, devem ser construídos com base científica e apresentar parâmetros psicométricos que de alguma forma atestem a confiabilidade e a representatividade do construto que está a ser medido. Nesse sentido, um instrumento bem construído e padronizado oferece a assistência necessária para a investigação de uma variedade de problemas práticos.

Nesse sentido, Godoy (1996), citado por Oliveira *et al.* (2005) discutiu o processo da avaliação comportamental e especificou três fases principais. A primeira refere-se à selecção e descrição dos comportamentos-problema, a segunda concerne à selecção das técnicas de intervenção que serão aplicadas sobre os comportamentos descritos na fase anterior, e a terceira diz respeito à avaliação dos efeitos provocados pela intervenção realizada.

Dada a amplitude das dimensões associadas aos conceitos de habilidades sociais e de competência social, segundo Del Prette et al (2004) justifica-se a existência de vários métodos de avaliação. Os instrumentos usuais de avaliação incluem o relato por significantes (inventários, questionários, roteiros de entrevistas), a observação directa (registos de episódios ou classes específicas de comportamentos, em situação natural e/ou em situações estruturadas de desempenho de papéis) e o auto-relato (inventários, questionários e roteiros de entrevistas). O instrumento mais viável, e mais comumente utilizado, tem sido o inventário, com questões que contemplam uma diversidade de necessidades, interlocutores e situações.

Bandeira et al (2000, p. 403) afirmam que “...*Para a avaliação das habilidades sociais, foram desenvolvidos diversos tipos de instrumentos de medida, tais como o desempenho de papéis em situações planejadas, as medidas baseadas em entrevistas, a observação de interações naturais do sujeito com pessoas de seu ambiente e os instrumentos de auto-relato sob forma de escalas ou inventários de avaliação. Cada um destes tipos de avaliação apresenta vantagens e desvantagens particulares...*”

As técnicas e os procedimentos empregues na avaliação das habilidades sociais são: a entrevista comportamental, os questionários, a observação natural, o *role play*, os sociogramas, a videogravação ou vídeoanálise, a auto-informação, a auto-observação e o auto-registo. Os factores que condicionam a escolha dos diferentes procedimentos avaliadores são o tipo de comportamento e sujeito a avaliar; a disponibilidade de recursos pessoais e materiais; as características do sujeito; contexto onde se vai realizar a avaliação; as qualidades psicométricas das técnicas de avaliação disponíveis e as áreas a avaliar.

Quadro 2 - Principais técnicas e procedimentos utilizados na avaliação das habilidades sociais	
A entrevista comportamental	<ul style="list-style-type: none">▪ Consiste em indagar, através do diálogo com o sujeito, os problemas que este tem em relação às suas interações sociais.▪ É o procedimento mais utilizado.▪ Tem utilidade para detectar informação acerca das situações sociais problemáticas, perceber quais as habilidades necessárias para determinada situação, quais os factores antecedentes e consequentes que influenciam o comportamento, e determinar qual o reportório comportamental do sujeito.
Os questionários	<ul style="list-style-type: none">▪ São idênticos às escalas ou inventários e podem ser aplicados em situações de entrevista, por telefone ou por correio.
A observação natural	<ul style="list-style-type: none">▪ Consiste em registar os parâmetros do comportamento social (frequência, duração, intensidade, qualidade) do sujeito no seu ambiente natural (escolar, social, familiar...) e de forma espontânea. Esta observação é influenciada por quem faz o papel de observador, o qual pode ser desempenhado pelos pais, professores ou outros.▪ É importante ter uma boa informação (lista) prévia de que comportamentos se devem observar.
O <i>role play</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Consiste na avaliação através de situações hipotéticas: prova estruturada de interacção breve, prova de representação de papéis, prova de interacção semi-extensa, teste de interações simuladas.

	<ul style="list-style-type: none">▪ Trata-se da observação de uma série de comportamentos interpessoais numa situação artificialmente estruturada ou induzida, em que cada um dos participantes desempenha um determinado papel combinado intencionalmente com o técnico.
A videogravação ou vídeoanálise	<ul style="list-style-type: none">▪ Esta técnica permite analisar posteriormente, quantas vezes as necessárias, os comportamentos de nível molar.
A auto-informação	<ul style="list-style-type: none">▪ É como uma mensagem verbal que um sujeito emite sobre qualquer tipo de manifestação própria. Tanto os questionários como os inventários e escalas são uma modalidade de auto-informação.
A auto-observação e o auto-registo	<ul style="list-style-type: none">▪ A auto-observação é um duplo processo que consiste em ter em atenção o próprio comportamento e em registá-lo utilizando um instrumento previamente estabelecido. Esta técnica é utilizada quando o observador e o observado são a mesma pessoa.

Quadro resumo adaptado de Vallés & Vallés (1996, p. 125-140).

Segundo Bandeira *et al.* (2000) o desenvolvimento da área das habilidades sociais cresceu juntamente com a necessidade de avaliação deste construto, o qual é definido como um desempenho e não como um traço. Enquanto desempenho, as habilidades sociais apresentam uma característica de especificidade situacional, o que pressupõe uma avaliação a partir de variadas dimensões situacionais e culturais. A avaliação das habilidades sociais requer a utilização de instrumentos de medida válidos e fidedignos, que sejam capazes de medir adequadamente estas habilidades, com o objectivo de adquirir conhecimento sobre o repertório dos sujeitos, ou de avaliar os efeitos de programas de treino.

Também Murta (2003) se refere ao planeamento da avaliação de programas de treino como sendo tão relevante quanto o planeamento da sua implementação. As avaliações de programas podem ser realizadas em quatro fases:

- a) Antes do tratamento (avaliação de necessidades);
- b) Durante o tratamento (avaliação de processo);
- c) Depois do tratamento (avaliação de resultados);
- d) No período de acompanhamento (avaliação de *follow-up*).

Inicialmente, realiza-se uma ampla análise comportamental para identificar os deficits em habilidades sociais do participante. Durante o tratamento, verifica-se a forma como os comportamentos do indivíduo se modificam e o modo como este avalia o seu próprio progresso. Estas avaliações permitem averiguar se a intervenção escolhida foi correcta ou

se é necessário mudar o tipo de intervenção que está a ser realizada. A avaliação depois do tratamento possibilita uma ideia da melhoria do participante, e a avaliação no período de acompanhamento serve para explorar o grau em que o indivíduo manteve as mudanças, e se progrediu mais com o passar do tempo. Para avaliar os programas de treino é recomendado o uso conjunto de instrumentos de avaliação das habilidades sociais dos participantes para que se obtenha indicadores comportamentais, cognitivo-afectivos e fisiológicos.

Apesar do número de questionários, inventários e escalas empregues na investigação sobre habilidades sociais ser excessivamente largo, Ballester & Gil (2002) citados por Pades (2003) identificaram uma lista, que se resume:

- Escala de assertividade de Wolpe-Lazarus (WLAS, “Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale”, Wolpe & Lazarus, 1996);
- Inventário de resolução de conflitos (CRI, “Conflict Resolution Inventory”, McFall & Lillesand, 1971);
- Inventário de Assertividade de Rathus (RAS, “Rathus Assertiveness Schedule”, Rathus, 1973);
- Escala de Auto-expressão Universitária (CSES, “College Self Expression Scale, Galassi, Delo & Galassi & Bastien, 1974);
- Escala de Auto-expressão para adultos (ASES, “Adult Self-Expression Scale”, Gay, Hollandsworth & Galassi, 1975);
- Inventário de Interação Heterossexual (SHI, “Survey of Heterosexual Interactions”, Twentyman & McFall, 1975);
- Inventário de Situações Interpessoais (ISI, “Interpersonal Situation Inventory”, Goldsmith & McFall, 1975);
- Escala-Inventário da Actuação Social (SPSS, “Social Performance Survey Schedule”, Lowe & Cautela, 1978);
- Inventário de Situações Sociais (SSI, “Social Situations Inventory”, Trower, Bryant & Argyle, 1978);
- Inventário de Assertividade-Agressividade de Bakker (BAAI, “Bakker Assertion-Aggressiveness Inventory”, Bakker, Bakker-Rabdau & Breit, 1978);
- Teste Comportamental da Expressão de Ternura (BTTE, “ Behavioral Test of Tenderness Express”, Warren & Gilner, 1978);

- Inventário de Relações Pessoais (PRI, “Personal Relations Inventory”, Lorr & More, 1980);
- Escala de Retraimento Social (SRS, “Social Reticence Scale”, Jones & Russel, 1982);
- Escala de Comportamento Assertivo para Crianças (CABS, Michelson & Wood, 1982);
- Questionário Matson para a Avaliação de Habilidades Sociais (MESSY, “Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters”, Matson, Rotatori & Helsel, 1983);
- Inventário de Conduta Assertiva de Del Greco (DABI, “Del Greco Assertive Behavioral Inventory”, Del Greco, 1983);
- Escala de Assertividade para Adolescentes (ASA, “Assertiveness Scale for Adolescents”, Lee, Hallberg, Slemon & Hasse, 1985);
- Escala Multidimensional de Expressão Social-Parte Motora (EMES-M, Caballo, 1987b);
- Escala de Habilidades Sociais (EHS, Gismero, 2002).

Em língua portuguesa destacamos:

- Inventário de Habilidade Sociais (IHS, Del Prette e Del Prette, 2000)

A importância da interação social na aprendizagem e no desenvolvimento vem sendo há muito reconhecida, podendo-se afirmar que a qualidade das relações a que as crianças são expostas mapeiam as diferentes realidades por elas assimiladas e, simultaneamente, os tipos de indivíduos construídos por essa realidade, influenciando o processo e o conteúdo do desenvolvimento das suas características pessoais (modo de agir, pensar e sentir) e concepções de mundo (Campos *et al.*, 2000).

Destaca-se a necessidade de situar as habilidades sociais num marco cultural determinado, pois os padrões de comunicação variam muito entre as culturas, bem como dentro da mesma cultura, de acordo com a idade, sexo, classe social e educação. As fontes de informação são determinantes para conseguir uma avaliação mais rigorosa e fiável das habilidades sociais. Os pais, os pares e os professores proporcionam uma utilíssima informação que valida ecologicamente e socialmente o processo avaliador, tal como é descrito por Vallés & Vallés (1996). No contexto escolar, a avaliação das habilidades sociais deve seguir o processo geral de avaliar os objectivos, os conteúdos, as actividades

de ensino/aprendizagem, a metodologia, o trabalho em equipa dos professores, os recursos, a temporização e a avaliação. Tudo isso em três momentos avaliadores: a avaliação inicial, contínua e final; empregando a modalidade formativa (processual) para a análise das dificuldades e posterior introdução de modificações no processo de ensino/aprendizagem.

A avaliação das habilidades sociais, para além de identificar as áreas deficitárias a este nível, permite também a escolha adequada do programa de treino a utilizar no aperfeiçoamento das mesmas. Estes programas surgem então como ferramentas muito úteis, essencialmente ao nível do contexto educativo, no que concerne ao desenvolvimento e melhoria das habilidades sociais.

II- ALCOOLISMO / DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

1. OS PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ÁLCOOL

O álcool é um produto da fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras (Mello et al, 2001). Embora haja uma variedade de álcoois, aquele que está presente nas bebidas alcoólicas é o álcool etílico que, no seu estado puro é incolor, tem odor agradável e sabor ardente. O álcool, por definição estrita, é classificado como um alimento, uma vez que contém calorias, no entanto, este não tem nenhum valor nutritivo para o nosso organismo (Townsend, 2000).

Contrariamente aos alimentos, o álcool entra no sangue sem sofrer qualquer alteração e é transportado assim para os tecidos, afectando todos os órgãos, dos quais o cérebro é o mais afectado. Cerca de 20% de uma determinada dose de álcool é absorvida directa e imediatamente pela corrente sanguínea através da parede do estômago, levando-o até ao cérebro, onde age sobre as áreas centrais de controlo do cérebro, lentificando ou deprimindo a actividade cerebral. Estas mudanças no SNC são responsáveis pelo comportamento aditivo, pela sensação de prazer e pelos efeitos tóxicos (Mello et al, 2001).

Apesar do desconhecimento por parte da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois actua no sistema nervoso central, provocando mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência. O seu consumo é admitido e até incentivado pela sociedade, um dos motivos pelos quais ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado com outras drogas.

Para a OMS, segundo Pérez et al (2002), citado por Padeiro & Cravidão (2005), droga é toda a substância que, quando introduzida no organismo, pode modificar uma ou mais funções deste, provoca dependência caracterizada pela necessidade de consumo

compulsivo de um modo continuado, de forma a obter os seus efeitos e, por vezes, para evitar o mau estar que provoca a sua falta.

Também, para Ismail (2002, p.13), *“o álcool pode ser considerado uma “droga”, pela capacidade que dá a qualquer ser humano (...) de poder alterar/modificar os estados de consciência”*.

Shuckit (1998, p.3), refere-se ao álcool como “droga susceptível de abuso” como, *“qualquer substância, tomada por qualquer via de administração, que altere o humor, o grau de percepção ou o funcionamento do cérebro. (...) Todas estas substâncias são capazes de provocar alterações do humor e da consciência”*.

Em relação às suas características e efeitos no organismo, o álcool insere-se no grupo dos depressores do Sistema Nervoso Central. Além do álcool, fazem também parte deste grupo uma grande variedade de medicamentos como hipnóticos e ansiolíticos. Para Stuart (2001, p.525) faz parte deste grupo *“qualquer droga que deprima os tecidos excitáveis em todos os níveis do cérebro (...) Os seus efeitos primários são a redução da ansiedade e a indução do sono ou ambos”*. Acrescenta ainda que *“a sintomatologia do uso de depressores implica a depressão das principais funções cerebrais (humor, cognição, atenção, concentração, julgamento, memória e afecto emocional nos relacionamentos interpessoais”*.

A pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo, pode desenvolver dependência, (condição conhecida como alcoolismo), influenciada por aspectos de origem biológica, psicológica e sociocultural. Esta dependência é observada no desenvolvimento da tolerância, isto é, na necessidade de beber maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos, no aumento da importância do álcool na vida da pessoa, na percepção do “desejo” de beber e na falta de controlo em relação a quando parar.

1.1. Critérios de dependência de substâncias

A Organização Mundial de Saúde define a dependência como um padrão de manifestações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, em que o consumo de uma droga adquire a máxima prioridade para o indivíduo. A manifestação característica da síndrome de

dependência é o desejo de ingerir drogas, álcool ou tabaco. (Kaplan et al, 1997). A classificação diagnóstica da DSM-IV, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (A.P.A., 1996), estabelece como critério diagnóstico essencial em relação à dependência, a existência de um padrão desadaptativo do consumo de uma substância que conduz a um mal-estar clinicamente significativo, expresso por pelo menos três dos seguintes itens em algum momento de um período continuado de 12 meses:

(1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- (a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
- (b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

(2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- (a) Síndrome de abstinência característica para a substância;
- (b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

(3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;

(4) Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;

(5) Muito tempo é gasto em actividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;

(6) Importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

(7) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância

Segundo a Organização Mundial de Saúde o alcoolismo *“constitui a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, e estendendo-se em vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais”*, e alcoólicos *“são bebedores excessivos cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de*

perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico, devendo submeter-se a tratamento”(Mello et al, 1988).

Para que se estabeleça um quadro de dependência alcoólica, segundo Nunes & Pateiro (2000), são necessários vários factores interactuantes: O padrão ou influência familiar e social; predisposição genética; características específicas de cada cultura; características socioeconómicas; características físicas/biológicas (idade, sexo) e psicológicas do indivíduo; aspectos farmacológicos e disponibilidade/acessibilidade ao álcool. Segundo os mesmos autores, a dependência alcoólica tem frequentemente um padrão familiar; as tradições culturais que rodeiam a utilização do álcool em contextos familiares, religiosos e sociais, podem afectar os padrões de utilização do álcool; o baixo nível educacional, socioeconómico e o desemprego estão associados às perturbações relacionadas com o álcool; a dependência e o uso de álcool são mais comuns nos homens do que nas mulheres, aparentemente relacionados com padrões sociais.

1.2. (Des) integração na vida social

A vida social de um indivíduo dependente do álcool é na maioria das vezes um factor de risco para continuar ou aumentar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Um dos grandes fracassos de alcoólico, é não cumprir adequadamente um papel social desejado, o que resulta em prejuízos para si mesmo e para os outros. O indivíduo que abusa no consumo, depressa perde a sua reputação junto de colegas, amigos e familiares, o que o deixa mais intolerante à frustração e aumenta o consumo. A mentira torna-se então sua aliada, pois através dela ele vai reduzindo a ansiedade causada pelo fracasso na vida social e que os outros teimam em deixar bem nítido.

Identificar os problemas sociais dos quais o indivíduo padece, é fundamental para planear melhor uma estratégia de intervenção, quer seja ela de prevenção, de psicoterapia ou de reabilitação. É importante descobrir e definir o que é causa e o que é efeito, o que surgiu primeiro, se foi o consumo excessivo que levou a problemas sociais, se são as suas inter-relações e interacções que levaram ao consumo excessivo.

Segundo Mello e Barrias (1986), na vida familiar, o uso abusivo do álcool está frequentemente associado a um funcionamento deficiente, à violência doméstica e ao

abuso físico e sexual em crianças. Discussões entre o casal, problemas financeiros, maus relacionamentos com os pais, são factores de risco que ocorrem no seio familiar. Por outro lado, uma família cujo um dos elementos seja dependente de álcool também é uma família em decadência, pois por exemplo a mulher pode ser alvo de violência doméstica por parte do marido e os filhos são muitas das vezes expostos a níveis de conflito elevados, o que as leva a serem crianças com graves perturbações relacionais e intelectuais. A maioria das vezes se o indivíduo não deixa de beber, das duas uma, ou o casamento acaba ou um dos cônjuges é morto.

A nível profissional, o alcoólico é um absentista nato, ou seja, falta regularmente ao trabalho, as demissões também são frequentes, é desencadeador de diversas problemáticas, quer sejam com órgãos empresariais quer seja no relacionamento com os colegas ou superiores hierárquicos, pois facilmente provoca um desacato, discussão, acidente ou discriminação para com alguém. As dificuldades financeiras também são uma constante na vida social de um indivíduo dependente de álcool, pois se por um lado beber excessivamente é dispendioso, por outro derivado à sua situação profissional ele desespera por não ter poder económico para alimentar (Mello et al, 2001).

1.3. Impacto do álcool na família

O álcool e os seus efeitos são responsáveis por graves problemas no funcionamento familiar. As perturbações apresentadas pela família de um indivíduo alcoólico podem ser vistas por diversos prismas, por um lado, pela natureza tóxica do agente e a forma de adoecer do Homem, por outro, a criação da sua dependência que leva a uma gradual perturbação nas relações entre os membros da família.

Segundo Mello et al (1988, p.55) *“O Lar do doente alcoólico é, simultaneamente, um lar patológico e um lar patogénico, com inevitáveis repercussões sobre os restantes elementos, nomeadamente os filhos”*. Para Mello e Barrias (1986), a acção do álcool e do alcoolismo sobre a família actua, principalmente, a dois níveis:

1.º Vida familiar: Dificuldades e escassez de materiais; Perturbações nas relações; Deterioração progressiva do lar; Desagregação familiar.

2.º Descendência: Efeito indirecto - acção psicológica; Efeito directo - acção tóxica.

Numa família em que um dos elementos é alcoólico, esse modifica e altera profundamente toda a dinâmica da mesma e o seu conjunto. Verifica-se um aumento do número de divórcios, bem como desentendimento familiar proporcionando diversas formas de violência, dos quais se destacam maus-tratos e incestos. Neste contexto Adès e Lejoeux (1997), realizaram vários estudos de modo a analisar as interações entre o alcoolismo e a vida familiar, concluindo que a família do alcoólico, e também o próprio alcoólico, sofriam de uma doença relacionada com o álcool, chamada de co-dependência, definida como um conjunto de traços de personalidade comuns a todos os membros da família do indivíduo alcoólico.

Borges e Filho (2004) referem que, sendo o conceito de co-dependência relativamente recente, este é ainda usado e compreendido quase exclusivamente no campo da dependência química e no âmbito do seu tratamento. No entanto este conceito parece abranger mais do que uma simples disfunção familiar.

Os estudos de Adès e Lejoeux (1997) ressaltam ainda que, de entre os membros de uma família, os filhos dos alcoólicos são aqueles em que se verificam mais perturbações. Estas crianças apresentam frequentemente problemas psíquicos e somáticos, mais ou menos directamente ligados à dependência de um dos pais ou de ambos, estando em contrapartida mais expostas ao risco do que as outras, de desenvolver uma dependência alcoólica.

Mello et al (1988), referem que nas famílias de alcoólicos, o contacto dos filhos com o álcool dá-se precocemente e com frequência, uma vez que existe maior liberdade de consumo e maior oferta, sendo frequente verificar-se a existência de alcoolismo infantil. Neste contexto Mello e Barrias (1986), consideram que a família tem um papel importante no reforço da resistência a uma “mudança”, dos costumes e na transmissão de falsos conceitos sobre o álcool, assim como na alteração dos modelos culturais subjacentes ao consumo.

Denzim (1987), citado por Martins (1992), baseia toda a sua teoria considerando o doente alcoólico como um doente temporal, relacional e emocional. O alcoólico está inserido numa estrutura comunicacional e emocional que o liga aos outros, ou seja o alcoolismo sendo uma doença aditiva temporal, é uma doença emotiva e dos sentimentos, em que os ressentimentos, raiva, medo e emoções negativas delineiam todo o seu relacionamento

interpessoal, acreditando que pode vencer através do desejo do poder e auto-manipulação todos os problema que vão surgindo na sua vida. A mesma autora cita Alonsa-Fernandez (1988), acerca dos seus estudos dos relacionamentos dos alcoólicos com as suas esposas em que: “1º - *Os diferentes estádios do alcoolismo do marido produzem na conduta da esposa mudanças razoavelmente previsíveis, o alcoólico pode usar esta mudança para racionalizar a sua entrega á bebida; 2º - A conduta da esposa está determinada pelos seus próprios traços de personalidade que favorece o desenvolvimento do alcoolismo do marido*” (p.130).

Muitas esposas ao adoptarem uma atitude de super-protecção dominante, relegando o alcoólico para um papel subalterno, provocando uma inversão de papeis, muitas vezes em união com os filhos, tornam o pai num personagem cada vez mais estranho á família, no entanto quando sóbrio e ao tentar ocupar o seu “papel sexual” na família, de “chefe de família” provoca conflitos graves que levam muitas vezes a esposa a favorecer o desenvolvimento das recaídas para restabelecer o seu estatuto, tal com refere Cardoso (1992).

Também Cabeças (1992), se refere ao doente alcoólico como podendo ser visto de acordo com a teoria dos sistemas de Bertalanfly (1968). Para o autor é importante conhecer o ambiente familiar e social dos indivíduos em causa, considerando a família como um sub-sistema onde o alcoólico está envolvido. O autor baseia-se na teoria psicodinâmica de Bowen (1978), segundo a qual “ *o alcoolismo é um sintoma do sistema familiar e beber excessivamente ocorre quando a ansiedade familiar é alta. O processo de beber para aliviar a ansiedade em resposta á bebida é um processo em espiral*”; na teoria de Bertalanfly (1968) em que define a família como um sistema social aberto composto por elementos em constante interacção, assim o alcoolismo resultaria da interacção entre três factores: O hospedeiro (o indivíduo) e a família, o agente (o álcool), o ambiente (família/comunidade).

1.4. O Álcool no trabalho

Se o homem adulto passa um terço das horas do seu dia no trabalho, não é de surpreender que seja também no meio laboral que se façam sentir os efeitos dos seus hábitos alcoólicos,

quer excessivos e fazendo parte de um quadro de intoxicação crónica, quer ocasionais, mas perturbadores do trabalho a realizar, pelos efeitos dos valores da alcoolemia

As consequências resultantes do consumo de bebidas alcoólicas constituem nas sociedades industriais um dos mais importantes problemas médico-sociais, traduzindo-se de diferentes formas na empresa, no local de trabalho, na estrada, onde quer que um consumo indevido de álcool, ocasional ou habitualmente repetido e excessivo, vá tendo cada vez mais graves repercussões, em face das exigências impostas ao indivíduo, pelas modernas técnicas e novos processos e instrumentos de trabalho (Silva, 2006).

Na perspectiva de Mello, Barrias e Breda (2001, p.75) *“perante as modernas características laborais, a não integridade das funções intelectuais e neuro-motoras constitui factor responsável por um crescente número de acidentes, baixas de «performance» e rendimento profissional”*. É muito evidente o papel do álcool como causa de perda de aptidão do trabalhador, por intervenção directa nas áreas em jogo na «performance» do indivíduo, isto é: na área das atitudes, na área da percepção, na área da motricidade, na área do raciocínio, imaginação e criatividade.

Segundo os mesmos autores, os exames psicotécnicos e laboratoriais põem em evidência este efeito do álcool, sobre: atraso no tempo de reacção simples (alongamento de 15% com alcoolemias de 0,15 a 0,35 g/l); atraso no tempo de reacção a estímulos visuais e sonoros; atraso na velocidade de percepção; perturbações na acuidade visual; perturbações do limiar de fusão de imagens intermitentes; perturbações da acomodação; perturbações do campo visual (ângulo de visão alterado a partir de 0,2 g/l); perturbações da visão estereoscópica (a partir de 0,3 g/l), perturbações do equilíbrio óculo-motor e ainda sobre as funções psíquicas como a atenção, a vigilância, a capacidade de recolha das informações, a velocidade de tratamento das mesmas, a capacidade de raciocínio, a capacidade de fixação e de evocação mnésicas, a falta de crítica e o gosto de correr riscos.

Segundo a Comissão Europeia há problemas específicos relacionados com o trabalho, causados pelo consumo excessivo de álcool. Na última década, a ênfase situa-se na performance do trabalho, mais do que nos sintomas físicos ou psicológicos do uso excessivo de álcool. A performance no trabalho dos bebedores problemáticos diminui mesmo antes da dependência se instalar (Silva, 2006).

1.5. Alcoolismo e relações interpessoais

À medida que o alcoolismo progride e os problemas causados pela bebida se agravam, o sujeito dependente tem tendência para beber sozinho, beber às escondidas, esconder a garrafa e adoptar outras formas para encobrir a seriedade do seu problema. Estes comportamentos são quase sempre acompanhados de sentimentos de culpa e remorso que, por sua vez, levam o sujeito a beber ainda mais de forma a aliviar temporariamente tais sentimentos, resultando assim num círculo vicioso. Contudo, é especialmente verdade, que o sujeito dependente tende a negar a sua preocupação e obsessão pelo álcool, afirmando que não bebe mais do que os seus amigos (Godwin e Guze, 1981).

De acordo com Àdes e Lejoyeux (1997), embora o alcoólico procure negar a sua condição, revela-se incapaz de controlar o seu consumo de álcool. A partir do momento em que o sujeito inicia o consumo, perde todo o controlo psíquico e comportamental sobre a bebida, pois sente como que uma espécie de flash ou efeito de desinibição que bloqueia qualquer possibilidade de controlo. Para além da incapacidade de controlo, também o desejo obsessivo de beber, designado por *craving*, é factor relevante de iniciação e manutenção do fenómeno de dependência. O sujeito sente uma vontade inexplicável de ingestão de álcool, de forma continuada, que assalta o seu espírito como uma verdadeira obsessão (obsessão alcoólica). Segundo os autores, tendo em consideração a especial obsessão por álcool criada por esta síndrome de dependência, esta vai gerar perturbações ao nível do carácter e da afectividade, que são ainda agravadas pelas perturbações das funções intelectuais superiores. Assim, as alterações ao nível do carácter pessoal do sujeito dependente vão agravar o isolamento afectivo e comprometer a adaptação familiar e profissional, pois o alcoólico sente-se isolado e incompreendido, o que o leva a desinteressar-se do seu meio familiar. Contudo, simultaneamente, reivindica ruidosamente provas tangíveis de afecto e interesse por parte dos outros, embora essas manifestações nunca consigam compensar o seu sentimento de rejeição e abandono.

Para além disso, são na sua generalidade, sujeitos com grande irritabilidade e com tendência para fúrias, muitas vezes sem razão aparente, que são por vezes até acompanhadas de violência física. O doente alcoólico, mais cedo ou mais tarde, cria à sua volta o isolamento afectivo, umas vezes mantendo-se aparentemente integrado na família.

Segundo Del Prette & Del Prette (2006, p.22) “...os transtornos de comportamento expressos por agressividade, indisciplina e outros comportamentos anti-sociais podem estar associados tanto a déficits em componentes da competência social (baixo autocontrole, falta de empatia, percepção equivocada dos fatos e normas sociais), como a uma pseudocompetência (condutas desafiantes, comportamentopositor, estilo coercitivo ou dissimulado) voltada para objectivos interpessoais imediatos. Fala-se em pseudocompetência porque, embora tais comportamentos sejam formas de enfrentamento que podem produzir consequências imediatas favoráveis ao indivíduo, eles não atendem os critérios de competência social, revelando comprometimento em aspectos cognitivos e afectivos do funcionamento psicossocial...”.

Segundo os mesmos autores, estas alterações comportamentais decorrem de uma multiplicidade de factores que interagem e potencializam efeitos negativos. A curto prazo podem gerar rejeição dos colegas e indisciplina, a médio e longo prazo podem aumentar a probabilidade de fracasso escolar, evasão, delinquência, toxicodependência, alcoolismo, participação em gangues, criminalidade e dependência de instituições. Por outro lado, as condições sociais e familiares, como pobreza, abuso, negligência, toxicodependência e alcoolismo dos pais, estão entre os principais factores de risco para comportamentos anti-sociais dos filhos.

De acordo com os autores Ádes e Lejoyeux (1997), existem traços comuns da personalidade alcoólica, como a alexitímia, grandiosidade narcisista, irritabilidade, auto e hetero-agressividade e uma certa dificuldade no controlo de impulsos. A alexitímia, definida como a dificuldade em o sujeito dependente se consciencializar e demonstrar os seus sentimentos e emoções, é uma das características mais comuns à pessoa alcoólica, sendo o recurso ao álcool, por vezes, um refúgio à incapacidade de lidar com aquilo que sente. A grandiosidade narcisista é também um mecanismo de defesa que o alcoólico encontrou para ocultar as suas fragilidades face ao mundo que o rodeia. As suas necessidades narcisistas de significar, ser, são tão intensas que quase não lhe é possível manter segredos, ele procura contar tudo para que possa significar algo no grupo em que estiver inserido. Deste modo, procura mostrar-se inquebrável, assumindo uma postura de uma pessoa “forte” sem qualquer tipo de fragilidade. A irritabilidade, a auto e hetero-

agressividade estão também relacionados com o efeito do álcool no SNC, podendo ser manifestada pelo sujeito dependente mesmo pela destruição de bens, agressão à esposa e filhos. Também a dificuldade no controlo de impulsos pode ser uma agravante ao facto da pessoa alcoólica ser agressiva.

Os sujeitos dependentes são então, na sua grande maioria, pessoas anti-sociais, anti-regras, rebeldes e impulsivos, com baixa capacidade para lidar com as expectativas sociais, não-conformistas e têm alguma dificuldade em adiar a gratificação, pelo que, são incapazes de tolerar a frustração (Edwards, 1999).

Segundo Carneiro & Falcone (2004), os comportamentos defensivos desadaptativos, tais como a evitação e a fuga, acabam reforçando uma auto-imagem negativa, o que leva à manutenção dos comportamentos defensivos num círculo vicioso.

Tendo em consideração todos estes aspectos que caracterizam o sujeito alcoólico, ficam evidentes de forma pragmática, as suas diferenças ao nível da comunicação e das relações interpessoais. As alterações de carácter do sujeito dependente, a sua obsessão pelo álcool e a perda de controlo sobre as quantidades ingeridas, geram imprescindivelmente formas de comunicar diferentes, tal como, diferenças nas suas necessidades de comunicação. A forma como se exprime tem sempre bem visível alguma impulsividade, irritabilidade, agressividade e ainda um padrão narcísico de forma a mostrar-se inquebrável e seguro das atitudes que adopta. Mais, nos processos comunicativos que estabelecem com os seus familiares e conhecidos ocupam quase sempre uma posição de superioridade e de detentores da razão.

Segundo Kalina (2001), a sua linguagem é simples e permite-lhes uma grande economia de esforço, já que uma palavra ou um gesto, bastam para estabelecer uma relação total com os outros. Segundo o autor, basta ingerirem uma bebida juntos (o sujeito dependente e outra pessoa na mesma condição) para se “irmanarem” em um instante. Consistem em relações maniacamente determinadas, com base em leis mágicas de contacto e simpatia que orientam os vínculos maníacos, caracterizadas por uma pobreza de conteúdo, reiterativas e em que a acção predomina sobre o pensamento. Tendem a definir-se ao outro de forma supervalorizada e defensiva, mediante técnicas maniqueístas. Apenas deste modo, conseguem negar a sua condição de escravos, ou seja, de dependentes químicos; pois

citando Ádes e Lejoyeux (1997, p.42) “*o álcool é utilizado como uma verdadeira droga*”. Também Kalina (2001, p.35) refere que “*todo o mundo da droga é um mundo de mentiras*”, pois a palavra droga significa mentira, embuste, coisa de má qualidade.

Para o sujeito alcoólico a palavra serve-lhe para manipular o outro, sem reconhecê-lo como outro, mas tentando sempre utilizá-lo no seu próprio interesse. Ele possui uma concepção paranóica, de que todos mentem e manipulam como ele. O alcoólico é um verdadeiro especialista em mentir e manipular chegando mesmo à arrogância com grande facilidade. É por isso, objectivo dos processos de recuperação oferecer-lhe a possibilidade de recuperar a crença na palavra ou aprender o seu valor como meio de comunicação fundamental entre os homens. Para além de possibilitar aos sujeitos dependentes de álcool este valor, importa também introjectar nos sujeitos o valor positivo de viver com limites; pois são especialistas em tentar sabotar a acção dos técnicos e em descobrir as suas debilidades para as utilizarem em seu interesse. Importa por isso, que aprendam o valor das leis e a utilidade, para todos, de cumpri-las (Kalina, 2001).

De acordo com Bandura (1986), citado em Carneiro & Falcone (2004) um funcionamento competente do indivíduo na interacção com o ambiente não é só uma questão de saber o que fazer, mas envolve também crenças sobre a sua auto eficácia. A crença de auto-eficácia refere-se ao julgamento do indivíduo acerca de suas capacidades de organizar e executar as acções necessárias para obter determinados tipos de desempenho. Esse declínio contínuo da crença de auto-eficácia pode ocasionar declínio cognitivo e perdas no funcionamento do comportamento.

Segundo Del Prette & Del Prette (2006) os problemas comportamentais e emocionais, que acompanham os diferentes transtornos psicológicos e que se podem expressar como dificuldades interpessoais, podem-se classificar em dois grandes grupos, os externalizantes (que se expressam predominantemente em relação a outras pessoas) e os internalizantes (que se expressam predominantemente em relação ao próprio indivíduo). Acrescentam, ainda, que as dificuldades pessoais que caracterizam esses dois grupos de problemas decorrem basicamente de um reportório pobre de habilidades sociais, principalmente em termos de empatia, expressão de sentimentos e resolução de problemas, com correlatos cognitivos e emocionais como baixa auto-estima, crenças e atribuições disfuncionais, impulsividade e temperamento difícil, entre outros.

Ainda Del Prette & Del Prette (2006) reforçam que, as deficiências cognitivas, afectivas, perceptivas e motoras incidem sobre a capacidade de identificar as necessidades/exigências do contexto social bem como sobre o planeamento e/ou emissão de desempenhos esperados, reduzindo o nível de proficiência desses desempenhos.

1.6. Alcoolismo e autoconceito

Cada sujeito está inatamente preparado para aprender sobre e consigo próprio. Este processo de aprendizagem inicia-se quando a criança começa a diferenciar entre o «eu» e o «não-eu» sem nunca mais parar, persiste ao longo de toda a nossa vida, conduzindo gradualmente à formação do auto-conceito.

Abreu et al (1988), citados por Ferreira e Costa (2003, p.5) afirma que *“para a compreensão do processo de desenvolvimento humano, torna-se imprescindível apreender essa realidade como um contínuo movimento personalizado e protagonizado por um sujeito e a sua interacção contínua com as situações de vida, com o mundo que o rodeia. Com efeito e numa perspectiva relacional, todo o comportamento humano desenrola-se num espaço-tempo de objectos, de acontecimentos e, sobretudo de pessoas que o sujeito percepçiona e em relação às quais se orienta, de maneira selectiva, em função do sentido e do valor que lhes atribui”*.

Segundo Almeida e outros (1999, p.308) define-se o auto-conceito *“como a percepção que o indivíduo faz de si próprio como ser social e moral ou espiritual. Este depende, na sua formação, das avaliações reflectivas dos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas de grupos de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências socioculturais. Assim a formação do auto-conceito é um fenómeno que tem muito de inter-pessoal, pois é influenciado não só pelos pensamentos, sentimentos e acções dos parceiros de inter-acção social”*.

O auto-conceito pode ser entendido como uma constelação de percepções e avaliações que as pessoas fazem acerca de si próprias (Gottfredson, 1985, citado por Oliveira, 1999),

sendo considerado uma das variáveis psicológicas que afecta directamente o comportamento, os desempenhos e o ajustamento do indivíduo ao ambiente em que se encontra.

A formação do auto-conceito indica a capacidade que o ser humano tem de se constituir como objecto da própria observação e abstrair dos seus comportamentos específicos de todos os dias e igualmente dos comportamentos dos outros em relação a si. De facto, a constituição do auto-conceito não decorre da simples enumeração de comportamentos observáveis. É, sim, um processo simbólico, em que uma determinada estrutura pessoal se forma com o auxílio da linguagem, que atribui designações a classes de comportamentos, procurando-as deferir e englobar. Para Wells e Marwell, (1976), citados por Serra (1986), o auto-conceito é pois, um constructo hipotético, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais. Contudo, torna-se útil para poder descrever, explicar e prever o comportamento humano, e conhecer como a pessoa se percebe e considera a si próprio.

Como elemento integrador tem uma utilidade prática de levar a reconhecer que o indivíduo, apesar de algumas variações, tem uma unidade e uma coerência de comportamentos que não podem, simplesmente ser atribuídas às influências do meio ambiente. Por outro lado, sem a aceitação deste constructo, não teríamos a noção da continuidade do comportamento e de identidade pessoal, bem como de consistência e de coerência. Além disso, sem a perspectiva do auto-conceito, deixaria de ter sentido a noção do auto-controlo, a razão e o sentido porque um indivíduo inibe ou facilita determinados comportamentos ou, simplesmente, faz um planeamento à distância.

De acordo com Rosenberg (1965), citado por Serra (1986), quando a pessoa se constitui o objecto da sua própria observação dá lugar a um conjunto de percepções, denominadas *auto-imagens*. Mas, para este autor, o que é importante não é a formação das auto-imagens, mas sim as propriedades e as relações que se estabelecem entre si num mesmo indivíduo. Conforme se relacionam, assim se realça a sua estabilidade, importância e consistência. Na auto-observação o que tem significado, não é a percepção de dada auto-imagem mas antes a sua organização e hierarquia em relação às restantes. Em cada um, o modo como se organizam as diversas auto-imagens leva a uma determinada estrutura do auto-conceito.

O auto-conceito torna-se assim uma espécie de fenómeno de espelho em que um indivíduo, ao ver-se a si próprio, tende a observar-se como os outros o olham.

O uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, existe há muito tempo, inserindo-se na componente cultural, atribuindo-lhe características religiosas ou desinibidoras das acções do sujeito frente a eventos sociais ou individuais. Diversas são as explicações quanto ao problema da adição de drogas lícitas ou ilícitas, sendo necessária a identificação de factores que possam influenciar os jovens a consumir essas substâncias e os problemas que delas são derivados entre os jovens.

Podemos então identificar diversos factores que poderão contribuir para a iniciação e aumento do consumo de substâncias no início da adolescência, tais como a idade, etnia, estrutura familiar, estatuto sócio económico da família, atitudes de consumos dos pais/familiares e dos pares, ligação com a família e com os pares, fraco envolvimento escolar, fraca monitorização, suporte social e atenção parental, sintomas de stress, ansiedade e depressão, problemas de auto-estima e outras características da personalidade (Matos, 2002).

O estudo de Silva (2007) que teve como objectivo verificar os efeitos da dependência de álcool na percepção do indivíduo sobre si próprio e a sua vida, através da análise das variáveis auto conceito, depressão e desesperança conclui-o que foram encontradas diferenças tendencialmente significativas quanto ao auto conceito.

Segundo Pades (2003) é provável que se a pessoa considera que as respostas habilidosas lhe vão trazer consequências negativas, estas sejam inibidas ou não aprendidas. Com frequência os sujeitos socialmente não habilidosos, perante o medo de uma avaliação negativa dos outros, inibem os comportamentos habilidosos, o que pode estar relacionado com a auto-avaliação ou auto-estima: as pessoas tendem a fazer avaliações sobre si mesmos. Quando se autoavaliam como competentes e dignos de elogio pelos outros, auto aprovam-se e esperam aprovação por parte dos outros. Pelo contrário, quando se consideram incompetentes e com falta de valor pessoal, tendem a esperar que os outros também os percebam sem valor e os recusem.

2. O PROCESSO TERAPÊUTICO

O tratamento do doente alcoólico, considerado por Mello et al (1988), como um doente, cuja doença são causa e consequência de perturbações individuais e sociais, deve abranger simultaneamente o “seu universo” sócio-familiar, laboral e comunitário.

Também Rocha (1992), refere que independentemente do método, das condições locais e recursos, todo o programa de tratamento do alcoólico crónico deve visar de uma forma mais estruturada os seguintes objectivos:

- O tratamento de uma intoxicação alcoólica e das suas complicações;
- O tratamento que proporcione ao doente os meios para uma reconstrução ou reorganização da vida;
- O restabelecimento das capacidades relacionais com o seu meio, de estabilização num novo estilo de vida de abstinência alcoólica, auto – determinadamente adoptado, mantida e valorizada pelos aspectos gratificantes que lhe são inerentes.

Continuando a falar do tratamento, Preto (1992) afirma que:

“fazendo um aproveitamento máximo de todo o tempo útil do internamento, quer através do efeito terapêutico das regras e da realidade da comunidade terapêutica, quer através do processo terapêutico do grupo ..., na sua dinâmica, nomeadamente nas suas projecções recíprocas, nos fenómenos de espelho, nas sucessivas identificações, na diluição da transferência, no calor humano vivenciável, na sua expressão de afectos, na aprendizagem de relações, etc, permite aos seus elementos uma auto – consciencialização de problemas comuns ...das capacidades, potenciais e recursos internos e externos ao grupo, para atingir objectivos comuns e obter uma mudança resultante de um amadurecimento e auto determinação”(p.120).

Segundo o mesmo autor é na relação alcoólico/grupo/terapeuta que reside a essência da ajuda terapêutica, ou seja o apoio ao doente através de uma relação.

Esta relação deve ser:

- De amizade/confrontação: devendo-se ter em conta as reais probabilidades de mudança do indivíduo, da sua família, do seu ambiente social e laboral;
- Não directiva nem possessiva: o doente alcoólico é um doente culpabilizado por todos;
- De segurança/naturalidade: o terapeuta deve usar um questionário que não faça com que o doente se sinta cair numa armadilha, assumindo atitudes de defesa;
- De valorização/esperança: reforçando as partes positivas em relação ao passado do doente, desculpabilizando-o. Ajudando-o a assumir-se como doente (Pina,1994).

Barrias et al (1992), referem a importância da influência do meio após o tratamento. O estado do doente é influenciado por factores como o stress do dia-a-dia, a família, o trabalho e o meio social circundante.

2.1. O processo terapêutico como contexto educativo

A atenção dada à saúde está intimamente ligada às necessidades de uma comunidade, podendo variar nas diversas sociedades e nações, dependendo do momento histórico, da política, da economia, do grau cultural, da religião. Tendo por base a perspectiva social e cultural da obra de Vigotski (Sirgado, 2000), segundo o qual toda a função psicológica foi anteriormente uma relação entre duas pessoas, ou seja, um acontecimento social, podemos afirmar que é a sociedade que multiplica as causas da inadaptação física, mental e social e que, em seguida torna necessário o gasto de somas fantásticas para tratar, reinserir ou conservar vivos os inadaptados.

O processo saúde-doença é entendido como um processo histórico, dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência... Ele não se expressa numa progressão linear, mecânica, que vai de um pólo (saúde) a outro (doença), mas sim através de um constante vaivém em espiral, o que evidencia o carácter dinâmico de permanente alteração dos fatos/fenómenos vinculados à saúde-doença (Pearson, 1992).

Não se pode pensar em saúde, em qualidade de vida apenas tratando de doenças. Elas sempre existirão e, se não as controlarmos e não “instrumentalizarmos” o homem para

sobre elas também saber agir, as doenças destruirão qualquer forma de manifestação de saúde.

Se dermos um peixe a um homem, ele terá uma única refeição; se o ensinarmos a pescar, ele se alimentará pelo resto da vida, ou seja, quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: o seu eu e as suas circunstâncias. A transformação da realidade vivida é resultado de troca, de parceria, de comunicação, de conhecimento, de educação. Um homem educado/formado tem armas para agir sobre a realidade e, se necessário, transformá-la, fazendo o mesmo, comunicando-se, trocando conhecimentos, educando e sendo educado. Qualidade de vida e saúde resultam de várias condições, mas são também resultado de informação, conhecimento, comunicação e educação, nos diferentes contextos da vida. Ninguém é capaz de mudar, ou tentar mudar, o modo de viver ou ser se desconhecer os caminhos alternativos para tal. A aprendizagem significativa é aquela que nos faz dar um passo à frente, que se mostra na transformação das significações dos factos.

Trata-se de acreditar em nós e nos outros, pobres ou ricos, cultos ou analfabetos, pelo menos para começar. Uma pessoa só estará motivada a tomar decisões preventivas em acções de saúde quando acreditar realmente na sua susceptibilidade em contrair uma lesão, como também nas consequências sérias que poderão advir de tal ocorrência, e que a acção tomada reduzirá a ameaça. É chegada a hora de compreendermos que tratar do corpo, desconsiderar a mente e as relações do indivíduo é tirar dele e de nós a oportunidade da troca, da parceria, do ser mais e melhor de cada um, da troca de saberes, de experiências.

Ninguém é capaz de melhorar a qualidade de sua vida se não lhe forem oferecidos instrumentos para tal. Somos saúde e doença e sempre seremos; o que precisamos é compreender esse mecanismo para, então, conscientemente, agirmos sobre ele. Não somos só biológicos, somos seres também em constante transformação cultural, adaptando-nos às exigências da sociedade. Se a saúde é um complexo biológico, cultural e social, se a transformação da realidade vivida também está na aquisição de conhecimento, se ter direitos e deveres é exercitar, reconhecer a cidadania, parece que cabe a nós, profissionais da saúde, que estamos em contacto com o indivíduo no momento em que mais aberto se encontra a escutar sobre a saúde e seus agravos, a atitude e o compromisso de capacitá-los

a compreenderem, a entenderem as questões de saúde. Não podemos perder de vista que o mundo interno em que vivemos, foi feito por nós, e portanto, pode ser refeito por nós mesmos.

Falamos da aprendizagem, do desenvolvimento que pretende a transformação. Momentos de aprendizagem compostos de toda a formalidade ou informalidade, em qualquer lugar, disponível a todos, colaborando para a melhoria da qualidade de vida, individual e colectiva, mantendo a ideia de que qualquer actividade humana praticada no ambiente em que vivemos pode levar a uma aprendizagem. Falamos de saber aproveitar a dúvida, a curiosidade, a realidade vivida do indivíduo e do grupo, pois a transformação só acontece quando se pensa no que se faz e se dá sentido a esse pensar. Falamos de parceria, memória, de satisfação, de colaboração, de produção de conhecimento, de intenção. Falamos de atitude. Atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo, ao diálogo com pares anónimos ou consigo mesmo, atitude de desafio frente ao novo, desafio em redimensionar o velho, atitude de envolvimento e comprometimento com os projectos e com as pessoas neles envolvidas. Aprendizagem em saúde que busca desenvolver no indivíduo capacidades que os levem a uma vida saudável. A tarefa do educador em saúde é a de levar o indivíduo ao entendimento das questões ligadas a ela, e então, de acordo com a necessidade, ele próprio saberá como agir, desde que a forma de educação oferecida seja realmente transformadora, criativa, abra o leque de possibilidades e tenha real valor quotidiano.

Usando a problematização dos factos quotidianos, usando a troca de experiências, pode-se estabelecer um mundo de conhecimentos que realmente corresponde à realidade vivida da comunidade.

Enfatizando o papel activo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, Nola Pender (Tomey, 2004) defende um modelo de promoção de saúde como uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde. Ao contrário dos modelos orientados para o acto de evitar, que se baseiam no medo ou na ameaça à saúde enquanto motivação para o comportamento de saúde, este modelo possui uma abordagem orientada para o foco. A autora afirma que existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde.

Segundo Harasim (Amaral, 2002) a aprendizagem colaborativa pode ser definida como qualquer actividade na qual duas ou mais pessoas trabalham juntas para criar significado, explorar um tópico ou melhorar habilidades. Algumas características encontradas na bibliografia são:

- A aprendizagem é um processo inerentemente individual, não colectivo, que é influenciado por uma variedade de factores externos, incluindo as interacções em grupo e interpessoais;
- As interacções em grupo e interpessoais envolvem o uso da linguagem (processo social) na reorganização e na modificação da compreensão e das estruturas de conhecimento individuais e, portanto, a aprendizagem é simultaneamente um fenómeno privado e social;
- Aprender em colaboração implica troca entre pares, interacção entre iguais e intercâmbio de papéis, de forma que diferentes elementos do grupo ou comunidade, possam assumir diferentes papéis (aluno, professor, pesquisador de informação, facilitador) em diferentes momentos, dependendo das necessidades;
- A colaboração envolve sinergias e assume que, de alguma maneira, “o todo é maior que a soma das partes individuais”, de modo que aprender colaborativamente pode produzir ganhos superiores à aprendizagem “solitária”;
- Nem todas as tentativas de aprender cooperativamente serão bem sucedidas, já que em certas circunstâncias, aprender colaborativamente pode levar à perda do processo, falta de iniciativa, mal entendidos, conflitos e descrédito, os benefícios potenciais não são sempre alcançados;
- Aprendizagem colaborativa não significa necessariamente aprender em grupo, mas implica a possibilidade de poder contar com outras pessoas para apoiar a sua aprendizagem e dar retorno, se e quando necessário, no contexto de um ambiente não competitivo.

Os primeiros estudos sobre a influência da interacção social no desenvolvimento cognitivo surgiram com as abordagens teóricas que defendem uma visão de interacção do desenvolvimento cognitivo. Estas abordagens contribuem para a fundamentação e compreensão da aprendizagem colaborativa, apresentando a importância da participação social e da colaboração no desenvolvimento cognitivo do indivíduo.

A teoria sócio-construtivista sobre a aprendizagem baseia-se em estudos de Piaget. A sua tese principal sustenta que o conhecimento é construído a partir do conflito cognitivo de

pontos de vista. Segundo a teoria de Piaget, o indivíduo em interação com os outros, combinando a sua abordagem da realidade com a realidade dos outros, reconhece melhor as novas abordagens (Amaral, 2002). A partir dessa perspectiva, as experiências ocorrem entre indivíduos de idades diferentes e com conhecimentos anteriores semelhantes. De acordo com a teoria sócio-cultural, a participação de um indivíduo na resolução de um problema em grupo pode mudar o seu entendimento acerca dele. Esse mecanismo é chamado de “apropriação”. As experiências de colaboração com base nesta abordagem apoiam-se no conceito de “zona de desenvolvimento proximal”, ou seja, a diferença entre quanto é possível para um indivíduo aprender sozinho, e com ajuda de uma outra pessoa.

Vygotsky explica que, é a distância entre o nível real de desenvolvimento determinado pela resolução de um problema de forma independente e o nível potencial de desenvolvimento, como determinado através da resolução do problema sobre orientação de um adulto ou em colaboração com pares mais aptos (Vigotski, 2003b). Por outro lado, Brown e Kumar, citados por Amaral (2002) descrevem que na abordagem da cognição partilhada, o ambiente é parte integral da actividade cognitiva, e não meramente um cenário de circunstâncias nas quais é desempenhado o processo cognitivo independente do contexto. A colaboração é vista como um processo de construção e manutenção de conceitos de um determinado problema, garantindo um ambiente de aprendizagem natural.

A chave da aprendizagem colaborativa pode assim ser entendida como sendo a disponibilidade de perspectivas múltiplas que ela fornece, permitindo a percepção de uma situação sob diferentes pontos de vista, ou seja, “quando a única ferramenta é um martelo, todo o problema parece um prego”.

ESTUDO EMPIRICO

III- METODOLOGIA

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Entende-se por fase metodológica, a fase em que o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas (Fortin, 1999). De acordo com a autora, a fase metodológica diz respeito aos métodos utilizados para concretizar a investigação, onde se pode encontrar descrito o desenho do estudo que realizou, a população e a amostra que seleccionou, os instrumentos de recolha de dados que pretendem utilizar e explicar a forma como pretende efectuar o tratamento e análise de dados.

De acordo com Carmo & Ferreira (1998), quer a investigação qualitativa quer a quantitativa estão associadas a paradigmas, sendo a distinção entre os mesmos no que respeita à produção de conhecimento e ao processo de investigação. Deste modo, a escolha de um paradigma pressupõe uma correspondência entre epistemologia, teoria e método. Podemos afirmar que cada tipo de método se liga a uma perspectiva paradigmática distinta, ou seja, consoante o método assim o paradigma.

“Pensamos antes que a metodologia corresponde a um corpo misto de conhecimentos onde se interligam, para além das técnicas próprias de uma disciplina científica ou apropriáveis por ela, elementos teóricos e epistemológicos subjacentes quer àquelas quer à prática no seu conjunto da investigação disciplinar, de modo a traçar a lógica de aproximação à realidade” (Silva & Pinto; 1990, P.252)

A metodologia do estudo é um dos pontos que mais requer atenção durante a leitura de artigos científicos. O autor deve informar claramente como, quando e em que condições os

procedimentos foram realizados e quais os passos que foram seguidos, informando ainda sobre o período e o local de realização da pesquisa.

Segundo Madeleine Grawitz (1993), citada por Carmo & Ferreira (1998, p.175), um método corresponde a “ *um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar as técnicas*”.

Optámos por utilizar uma metodologia quantitativa, que de acordo com Fortin (1996, p.322):

“constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que diz respeito às variáveis em estudo. (...) as estratégias tais como o controlo, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos, isto é, assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizáveis a outras populações.”

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Baseia-se na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter um menor enviesamento possível. Neste tipo de método, o investigador, adopta um processo ordenado, que o faz percorrer um conjunto de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados. Objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem (Fortin, 1999, p.22).

O estudo que desenvolvemos é de carácter exploratório/descritivo que, de acordo com Fortin (1999) consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido. Neste nível coloca-se a tónica na classificação de conceitos. A teoria é descritiva; descrevem-se os factores depois de se terem isolado para os denominar.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista á formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisas estas são as

que apresentam menor rigidez no planeamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizáveis e estudos de caso.

“Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com um objectivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (Gil, 1989, pp. 44-45).

Os estudos descritivos, segundo Ary (1986) *“tratam de obter informação acerca do estado actual dos fenómenos”* e que segundo Pinto (1990) tem por finalidade principal *“fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento”* (p.46).

De acordo com Fortin (1999, p.162) *“os estudos descritivos satisfazem pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto”*. Para além disso, têm como objectivo principal caracterizar os fenómenos em estudo. Um estudo exploratório tem como finalidade explorar determinado fenómeno ou conceito, ou seja, para além de o descrever, pretende dar a conhecer algo que é ainda desconhecido e estabelecer relações entre os conceitos descritos.

Os objectivos desta investigação consistem principalmente no desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos (Fortin, 1999, p.22).

2 – OBJECTIVOS DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento da dependência pode ser considerado como parte de um processo de aprendizagem. A dependência é o resultado de uma interacção complexa entre os efeitos fisiológicos das substâncias psicoativas no cérebro e o que o indivíduo interpreta daquela situação, relacionando-a com o ambiente e consolidando-a como aprendizagem. Se uma pessoa consome uma substância e sente um efeito psicoativo satisfatório ou reforçador, mais provavelmente tal comportamento se repetirá.

Aliane et al (2006) fazem referência ao estudo realizado por Lopes (2003), o qual encontrou 49% de dependentes químicos com reportório de habilidades sociais abaixo da média, sendo que desses, 37% dos casos demonstraram défices significativos a ponto de uma indicação clínica para um programa de treino de habilidades sociais, e ao estudo de Correa (2003), que constatou que 50% de sua amostra de alcoólicos estavam abaixo da média do grupo de referência, tal como 30% dos que se encontravam abstinentes.

Entre as principais formas de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas estão a intervenção farmacológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar, grupos de ajuda mútua, entrevista motivacional, prevenção de recaída e treino de habilidades sociais, que muitas vezes aparece com a denominação de treino assertivo, treino de competências sociais, treino de controlo de impulsos ou mesmo de expressão emocional.

Silva (2007) concluiu no seu estudo que existem diferenças tendencialmente significativas quanto ao auto conceito, entre dependentes de álcool e não dependentes. Também Pades (2003) relaciona os défices em habilidades sociais com alterações da auto-estima e do auto conceito.

É na sequência dos pressupostos referidos anteriormente que definimos como **objectivo da investigação**:

Identificar o nível de habilidades sociais em pessoas dependentes de álcool,

e como questões de investigação:

- 1- As pessoas dependentes de álcool apresentam uma baixa capacidade de auto-expressão em situações sociais?
- 2- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em defender de forma assertiva os seus direitos como consumidores?
- 3- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em exprimir enfado ou desacordo com outras pessoas?
- 4- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em dizer não e em terminar uma interacção que não querem manter?
- 5- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em fazer pedidos a outras pessoas de algo que desejam?
- 6- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldades em iniciar espontaneamente e sem ansiedade interacções com pessoas do sexo oposto?
- 7- As pessoas dependentes de álcool têm um Nivel Global de habilidades sociais inferior ao da população em geral?
- 8- Quanto menor é o auto conceito menor é o nível de habilidades sociais nas pessoas dependentes de álcool?

3. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Esta investigação é constituída por três partes distintas.

A primeira fase da investigação consistiu na realização de um **estudo preliminar de adaptabilidade** do instrumento de recolha de dados, junto da população geral, com o objectivo de testar a aplicação do questionário, após tradução para língua portuguesa, avaliando o tempo de aplicação, compreensão e consistência interna do instrumento. Apesar de não ser o objectivo principal fez-se a avaliação dos níveis de habilidades sociais de forma a poder servir de estudo comparativo com os níveis de habilidades sociais nos indivíduos dependentes de álcool.

Devido á facilidade de acesso optou-se por aplicar o questionário a um grupo de estudantes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora durante o ano lectivo 2006/2007 (Outubro de 2006), constituído por elementos do sexo masculino e feminino (maioria).

Optou-se por uma amostra de conveniência, também denominado por Fortin (1999) de amostragem por selecção racional, a qual tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico. Também Gil (1989) a denomina de amostragem por acessibilidade, em que o pesquisador selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo.

A segunda parte do estudo consistiu na avaliação, das habilidades sociais em indivíduos, do sexo masculino, dependentes de álcool, em instituições nacionais de referência na área da alcoologia, de Novembro de 2006 a Março de 2007.

A terceira parte consistiu na realização de um **estudo comparativo** do nível de habilidades sociais entre os indivíduos dependentes de álcool e a população geral. Havendo dúvidas

sobre se a amostra seleccionada para o estudo preliminar podia fazer esse papel optou-se por seleccionar uma nova amostra de entre os utentes do sexo masculino da Unidade de Saúde Familiar Ebora e em Évora, no período compreendido entre Abril e Julho de 2007.

4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

No que respeita à aplicação do instrumento de pesquisa, o instrumento a utilizar fica ao critério do investigador. Contudo, é imprescindível ter em consideração o seu objecto de estudo e os objectivos formulados para o trabalho, para proceder à escolha do instrumento de colheita de dados.

Para a concretização deste estudo optou-se pela aplicação de um questionário de administração indirecta.

Segundo Quivy (1992), um questionário *“consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, ..., uma série de perguntas relativas a uma situação social, profissional ou família, às suas opiniões, a sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema”* (p.190).

A aplicação de um questionário é, especialmente, defendida quando se pretende o conhecimento de uma população enquanto tal, nomeadamente as suas opiniões e quando se pretende a análise de um fenómeno social que se julga poder aprender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão, o que se enquadra nos objectivos do estudo.

Segundo Oliveira et al (2005, p.128) *“...os testes são instrumentos de medida que investigam amostras de comportamento e devem ser capazes de auxiliar na identificação de características de sujeitos. Para tanto, devem ser construídos com base científica e apresentar parâmetros psicométricos que de alguma forma atestem a confiabilidade e a representatividade do construto que está sendo medido...”*.

O instrumento de recolha de dados (Anexo I) está dividido em três partes. A primeira parte é constituída por perguntas, que dizem respeito a dados sobre o indivíduo, que denominámos de Questionário de dados sócio demográficos. A segunda parte é composta

pela Escala de Habilidades Sociais. A terceira parte do instrumento corresponde à Escala de Auto-apreciação Pessoal.

4.1. Questionário de dados sociodemográficos

O instrumento de colheita de dados que decidimos adoptar foi, em primeiro lugar, um **questionário de dados sociodemográficos**, auto-construído, para recolher informações que nos permitam caracterizar a amostra e controlar variáveis como:

- A idade;
- A profissão;
- A escolaridade (Com opções de resposta de: Não sabe escrever, 1º Ciclo (*4ª Classe*), 2º Ciclo (*Antigo 2º Ano*), 3º Ciclo (*Antigo 5º Ano*), Ensino secundário, Ensino Superior);
- O estado civil/Situação marital (Com opções de resposta de: Casado/União de facto, Solteiro, Divorciado, Viúvo;
- Constituição do grupo familiar;
- Nº de filhos;
- A instituição onde está a ser acompanhado;
- O tempo de tratamento;
- O regime de tratamento (Com opções de resposta de: Em ambulatório, Em internamento, Em Hospital de dia. Esta última opção não foi utilizada por ninguém, pois não foram abordados indivíduos nessas circunstâncias);
- O tempo de internamento;
- O número de internamentos anteriores devido ao álcool;
- O consumo ou não de bebidas alcoólicas na data de aplicação do questionário (Com opções de resposta de: Continua a consumir bebidas alcoólicas, Não consome bebidas alcoólicas).

4.2. Escala de Habilidades Sociais

A avaliação do reportório de habilidades sociais pode focalizar-se em aspectos observáveis ou não observáveis do comportamento. Dada a amplitude das dimensões associadas aos conceitos de habilidades sociais e de competência social, justifica-se a existência de vários métodos de avaliação. No entanto dada a complexidade dos registos e o requererem

sofisticada metodologia de análise, o seu uso restringe a sua aplicação em larga escala com objectivos normativos. Nesse caso, o instrumento mais viável, e mais comumente utilizado, tem sido o inventário, com questões que contemplam uma diversidade de necessidades, interlocutores e situações (Del Prette et al, 2004).

Bandeira et al (2000, p. 403) afirmam que:

“...Para a avaliação das habilidades sociais, foram desenvolvidos diversos tipos de instrumentos de medida, tais como o desempenho de papéis em situações planeadas, as medidas baseadas em entrevistas, a observação de interações naturais do sujeito com pessoas de seu ambiente e os instrumentos de auto-relato sob forma de escalas ou inventários de avaliação. Cada um destes tipos de avaliação apresenta vantagens e desvantagens particulares...”,

acrescentam ainda que um dos instrumentos de medida mais frequentemente utilizados para avaliar as habilidades sociais, consiste nos auto-relatos sob forma de questionários e inventários. Por ser de fácil aplicação permitir cobrir um grande número de situações e comportamentos.

Entretanto, por ausência de instrumentos para avaliar as habilidades sociais, construídos e validados para o nosso contexto cultural, adoptou-se a “Escala de Habilidades Sociais” de Gismero (2002). Esta escala avalia 6 factores:

- 1- Auto-Expressão em situações sociais;
- 2 - Defesa dos próprios direitos como consumidor;
- 3 - Expressão de enfado ou desacordo;
- 4 - Dizer não e terminar interacções;
- 5 - Fazer pedidos;
- 6 - Iniciar interacções positivas com o sexo oposto.

A “Escala de Habilidades Sociais” de Gismero (2002) está disponível em língua espanhola, tendo-se procedido ao processo de tradução para a língua portuguesa e à realização de um estudo preliminar de adaptabilidade num grupo de 55 pessoas da população em geral.

É uma escala composta por 33 itens, de resposta breve (cerca de 15 minutos), cada um apresentando uma acção ou sentimento diante de uma determinada situação social, agrupados da seguinte forma:

Quadro 3 – Elementos que compõem os seis factores da Escala de Habilidades Sociais

Factor	Nº Itens	Numeração na Escala
I	8	1,2,10,11,19,20,28 e 29
II	5	3,4,12,21 e 30
III	4	13,22,31 e 32
IV	6	5,14,15,23,24 e 33
V	5	6,7,16,25 e 26
VI	5	8,9,17,18 e 27

Fonte: Gismero (2002, p. 28)

Os inquiridos indicavam em que medida se identificavam, ou não, com cada uma delas. Para responder, era necessário preencher uma folha de respostas situada ao lado dos itens, onde constava a legenda de uma escala tipo Likert, com quatro alternativas:

- A. Não me identifico nada com esta situação; a maior parte das vezes, isto não aconteceria ou eu não faria isto.
- B. Não sou bem assim, embora possa acontecer de vez em quando.
- C. Sou assim, embora nem sempre reaja ou me sinta desta forma.
- D. Concordo totalmente – é assim que eu me sentiria ou reagiria a maior parte das vezes.

Perante um comportamento **descrito e identificado** de forma positiva face às habilidades sociais, o sistema de pontuação a adoptar é a seguinte: A=1; B=2; C=3 e D=4 (Itens 3,7,16,18 e 25). Se a descrição do item é **descrita e identificada** inversamente ao comportamento socialmente habilidoso os pontos a adoptar serão: A=4; B=3; C=2 e D=1 (Restantes itens). A autora do instrumento pretende, com esta formulação bidireccional evitar a tendência para responder sempre de acordo de forma indiscriminada.

A soma dos resultados permite, por um lado, a obtenção de totais parciais para cada uma das seis subescalas ou factores, fornecendo-nos assim dados específicos para diferentes

áreas do comportamento habilidoso. Permite, por outro lado, identificar um nível global de habilidades sociais ao somarmos os diferentes totais parciais.

Quadro 4 - Pontuações mínimas e máximas na escala de habilidades sociais

Pontuação	Fact. I	Fact. II	Fact. III	Fact. IV	Fact. V	Fact. VI	Global
Mínima	8	5	4	6	5	5	33
Máxima	32	20	16	24	20	20	132

Fonte: Gismero (2002, p.22)

Quanto maior a pontuação, maior é a capacidade de a pessoa se comportar de forma socialmente habilidosa em diferentes situações sociais. Estas pontuações directas necessitam de ser transformadas para uma escala de percentis conforme definido pela autora (Gismero, 2002).

Considerando as diferenças de contexto cultural, de Espanha para Portugal, foi calculado o coeficiente de fidedignidade da escala de habilidades sociais, mediante o procedimento de *alpha de Cronbach*, que deu os seguintes resultados:

Quadro 5 - Coeficiente de fidedignidade da escala de habilidades sociais

(*alpha de Cronbach*)

Escala Original em Espanhol	Estudo Preliminar (n°=55)	Estudo Dependentes de Álcool (n°=229)	Estudo Comparativo (n°=41)	Total com todos os questionários(n°=325)
0.88	0.791	0.820	0.831	0.821

Os resultados denotam que o instrumento, mesmo após a tradução, mantém uma consistência interna elevada.

4.3. Escala de Auto-apreciação Pessoal

Esta escala, na sua versão original, é constituída por 54 itens distribuídos por 13 subescalas com quatro itens cada, excepto uma que tem seis. A subescala, utilizada no presente estudo, é constituída por seis itens na versão original e sete na versão Portuguesa e difere das outras subescalas pelo facto de pedir uma apreciação global, enquanto os restantes itens pedem uma apreciação sobre aspectos mais específicos. Esta Apreciação Global refere-se ao sentimento geral que o indivíduo tem acerca de si próprio.

A Escala de Auto-Apreciação Pessoal (AAP) não se debruça sobre um domínio em particular e, por essa razão é susceptível de ser considerada uma escala de avaliação do auto-conceito geral ou de auto-estima. Foi desenvolvida para Portugal por Ribeiro (1994), pretendendo ser uma escala de auto-estima de aplicação rápida que facilite a sua utilização em contexto de saúde.

Esta subescala, inclui sete itens, em que a resposta é dada numa de quatro alternativas: primeiro, pela escolha de uma de duas afirmações antagónicas ("algumas gostam de ser como são" *versus* "outras pessoas gostariam de ser diferentes"), sendo a escolhida aquela com a qual o sujeito se identifica. Depois, o sujeito deve centrar-se nessa afirmação escolhendo uma de duas situações: identificação exacta com a afirmação ou apenas aproximação ("sou mesmo assim" ou "sou mais ou menos assim").

Cada item é cotado de 1 a 4, indicando o valor mais baixo, baixa apreciação pessoal ou auto-estima, e o mais elevado, elevada apreciação pessoal ou auto-estima. Parte dos itens são formulados pela positiva e outra parte pela negativa. O resultado é apresentado como uma única nota. A nota pode variar entre 7 e 28, com o valor mais elevado correspondendo a uma apreciação pessoal mais favorável.

A cotação dos itens é feita atribuindo 1 ponto ao registo mais à esquerda, dois ao seguinte, três ao seguinte e quatro ao mais à direita (itens 2,4,6 e 7), excepto para aqueles que são indicados como invertidos em que a atribuição de a nota é inversa (itens 1,3 e 5). De seguida estes valores são somados. Nota varia entre 7 e 28. Uma nota mais elevada significa apreciação mais positiva.

5. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O presente trabalho tem por base o estudo exploratório, numa abordagem quantitativa, em que de acordo com Carmo & Ferreira (1998:178) *“procede-se à selecção de uma amostra que deverá ser representativa da população, em estudo, para que os resultados possam ser generalizados a essa mesma população, o que implica a selecção aleatória dos sujeitos de investigação”*.

Neste tipo de estudos, pode trabalhar-se com a população total ou com uma amostra extraída dessa mesma população, através do uso de técnicas de amostragem. Segundo Carmo & Ferreira (1998, p.191), universo ou população consiste num *“conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição”*. Esses elementos têm uma ou mais características comuns a todos eles, que os diferenciam de outros conjuntos de elementos. Deste modo, referenciando-nos ao autor e tendo em conta o tema do nosso estudo e os objectivos que pretendemos desenvolver, consideramos que a **população do nosso estudo é constituída pelos indivíduos dependentes de álcool**.

De acordo com Carmo & Ferreira (1998, p.191), a técnica designada por amostragem *“conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população que se denomina amostra”*, de tal forma que os elementos que a constituem representam a população a partir da qual foram seleccionados.

Segundo Polit & Hungler (1995), a amostra define-se como um subconjunto de entidades que compõem a população. Estes subconjuntos são formados por elementos que se constituem a unidade básica a que é realizada a colheita de informação.

Neste tipo de amostragem, de acordo com Carmo & Ferreira (1998) o investigador selecciona os elementos a que mais tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo.

Fortin (1999, p.202) afirma que *“o plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra (...) fornece os detalhes sobre a forma de proceder relativamente à utilização de um método de amostragem para um dado estudo.”*

O rigor na selecção da amostra é imprescindível para que os resultados obtidos tendam a aproximar-se bastante daqueles que seriam observados caso fossemos sujeitar todo o universo à investigação.

A estratégia utilizada para seleccionar a amostra foi a amostragem aleatória estratificada, que se caracteriza por ser um tipo de amostragem probabilística.

“Os métodos de amostragem probabilística servem para assegurar uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população, reduzindo o erro amostral. (...) A inferência estatística permite ao investigador sobre uma população a partir da informação obtida com a ajuda de uma amostra” (Fortin, 1999, p.204).

A amostragem aleatória estratificada consiste na divisão da população alvo, neste caso os doentes alcoólicos, em subgrupos homogêneos chamados estratos e a seguir tirar de forma aleatória uma amostra de cada estrato. É a maneira de fazer a amostragem em subdivisões da população alvo. A vantagem deste tipo de amostra é que esta assegura a representação de um segmento particular da população e permite a comparação entre os subgrupos formados. É essencial o conhecimento aprofundado da população em estudo para a constituição deste tipo de amostra (Fortin, 1999, p.206-207).

5.1. Formação da amostra: Critérios de inclusão e exclusão

Tendo em conta o objectivo do estudo, identificar o nível de habilidades sociais em pessoas dependentes de álcool, optou-se inicialmente por uma amostra que rondasse os 200 indivíduos, do sexo masculino, recém internados ou acompanhados em consulta externa, em 6 instituições de referência na área da alcoologia, devidamente diagnosticados com síndrome de dependência de álcool de acordo com os critérios da DSM IV (A.P.A., 2006).

A opção pelo número de 200 indivíduos prendeu-se com o interesse em ter uma amostra possível de trabalhar estatisticamente.

A opção, apenas por indivíduos do sexo masculino, prende-se com a necessidade de eliminar a variável sexo, tendo em conta as diferenças nos níveis de habilidades sociais entre homens e mulheres e o número reduzido de mulheres internadas. Tal como referem Del Prette et al (2004), em relação ao carácter cultural, a literatura destaca a influência dos valores, normas e expectativas sobre os desempenhos sociais da população em geral e de subgrupos com características sócio demográficas específicas em termos de sexo, idade, ocupação e papéis sociais etc. que podem constituir subculturas. Dentre esses aspectos, sexo e idade têm sido os mais críticos, levando a estudos sobre padrões desenvolvimentais e de género. As diferenças na competência social de homens e mulheres ocorrem desde a infância.

Nos estudos com adultos, citados por Bueno et al (2001), nomeadamente Hidalgo et al, (1999); Margalit & Eysenck, (1990); Saranson, Saranson, Hacker & Basham, 1985), relatam-se várias diferenças nas habilidades sociais entre géneros, como por exemplo, que as mulheres apresentam níveis de sociabilidade mais altos que os homens, e tendem a ser percebidas como mais atractivas fisicamente. Referem, além disso, estudos de Penn et al (1999) e Petti (1999) em que várias características de personalidade aparecem envolvidas nas habilidades sociais, ou seja, as desordens de personalidade tendem a comprometê-las. Excluem-se, assim, da amostra os indivíduos com patologia psicótica identificada e/ou demencial.

O peso global do consumo de álcool encontra-se associado directamente às características nocivas em si, mas a sua variação entre regiões deriva do seu enquadramento social e legal e também dos níveis e padrões de consumo encontrados em cada população ao longo do tempo. Assim. Optámos por seleccionar 6 instituições de referência na Área da alcoologia, distribuídas pelo território de Portugal Continental, o Centro Regional de Alcoologia do Sul (Actualmente Unidade de Alcoologia de Lisboa), o Centro Regional de Alcoologia do Centro (Actualmente Unidade de Alcoologia de Coimbra), o Centro Regional de Alcoologia do Norte (Actualmente Unidade de Alcoologia do Porto), a Unidade Funcional de Alcoologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, a Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos do Hospital Miguel Bombarda e a Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre.

O Centro Regional de Alcoologia do Centro mostrou-se indisponível para participar no estudo. A Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos do Hospital Miguel Bombarda e a Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, autorizaram a realização do estudo, mas que não foi possível operacionalizar a aplicação dos questionários em tempo útil, por dificuldades diversas.

Optou-se por indivíduos acompanhados em consulta externa ou recém-internados, de forma a evitar a influência dos programas terapêuticos relacionados com o desenvolvimento de competências sociais. A escolha destas instituições baseou-se na semelhança dos modelos clínicos, tanto de diagnóstico, como de tratamento, apesar das suas idiossincrasias e visou assegurar o diagnóstico correcto de dependência de álcool.

Os indivíduos participantes no estudo foram seleccionados tendo em conta os critérios referidos anteriormente, de acordo com a disponibilidade dos colaboradores que aplicaram os questionários, ou seja de forma aleatória conforme a disponibilidade do momento (no caso dos doentes internados), ou todos os doentes, de forma consecutiva, num determinado período de tempo disponível para o efeito (no caso das consultas externas), que tenham aceitado participar no estudo.

5.2. Descrição da amostra do estudo

A amostra deste estudo é constituída por 229 indivíduos, do sexo masculino, identificados como dependentes de álcool caracterizados da forma que a seguir se descreve.

Quanto á idade, varia de 25 a 75 anos de idade, com uma média de 46,86 anos (Quadro 6), distribuídos por grupos etários conforme se verifica no gráfico 1.

Quadro 6 - Estatística descritiva da amostra / Idade

Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
229	25	75	46.86	10.373

Fonte: Questionários

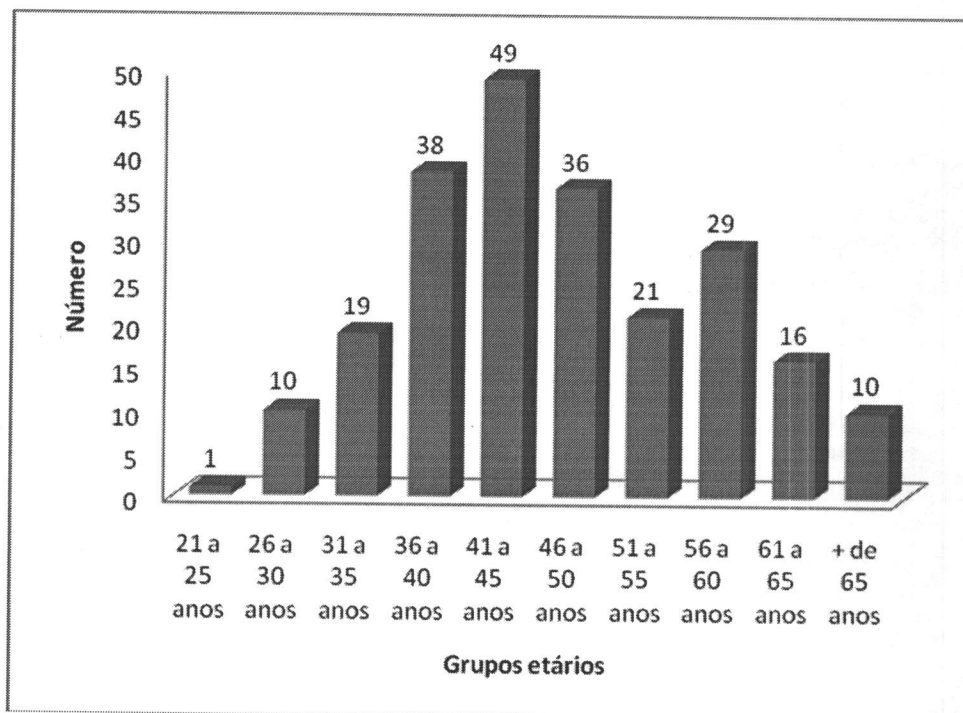
Quanto á profissão a amostra é constituída da forma como se apresenta no quadro 7.

Quadro 7 - Caracterização da amostra/Profissão

Profissão	Nº	Profissão	Nº
Reformado	35	Técnico Oficial de Contas	2
Desempregado	19	Ajudante Motorista	1
Pedreiro	10	Assentador de revestimentos	1
Funcionário público	9	Auxiliar de acção educativa	1
Servente	9	Auxiliar de acção médica	1
Manobrador de máquinas	7	Bancário	1
Motorista	7	Barbeiro	1
Cantoneiro Limpeza	6	Barman	1
Vendedor	6	Cabeleireiro	1
Agricultor	5	Carteiro	1
Carpinteiro	5	Ceramista	1
Empregado de mesa	5	Chefe de restaurante	1
Operário agrícola	5	Cortador carne	1
Pintor	5	Coveiro	1
Canalizador	4	Desenhador	1
Cozinheiro	4	Distribuidor	1
Electricista	4	Embalador	1
Operário fabril	4	Empregado de limpeza	1
Vigilante	4	Escultor	1
Administrativo	3	Estucador	1
Comerciante	3	Ferroviário	1
Jardineiro	3	Lubrificador	1
Padeiro	3	Mecânico de frio	1
Serralheiro	3	Mestre de Hotel	1
Técnico de Informática	3	Oficial Piloto da Marinha	1
Advogado	2	Pasteleiro	1
Armador de ferro	2	Polícia	1
Bate-chapa	2	Polidor de móveis	1
Cabouqueiro	2	Porteiro	1
Empresário	2	Publicitário	1
Encarregado construção civil	2	Recepcionista	1
Fiel de armazém	2	Técnico auxiliar Epal	1
Marceneiro	2	Técnico de som	1
Mecânico	2	Técnico Metropolitano	1
Operador de loja	2	Técnico tintas	1
Técnico de farmácia	2	Total	229

Fonte: Questionários

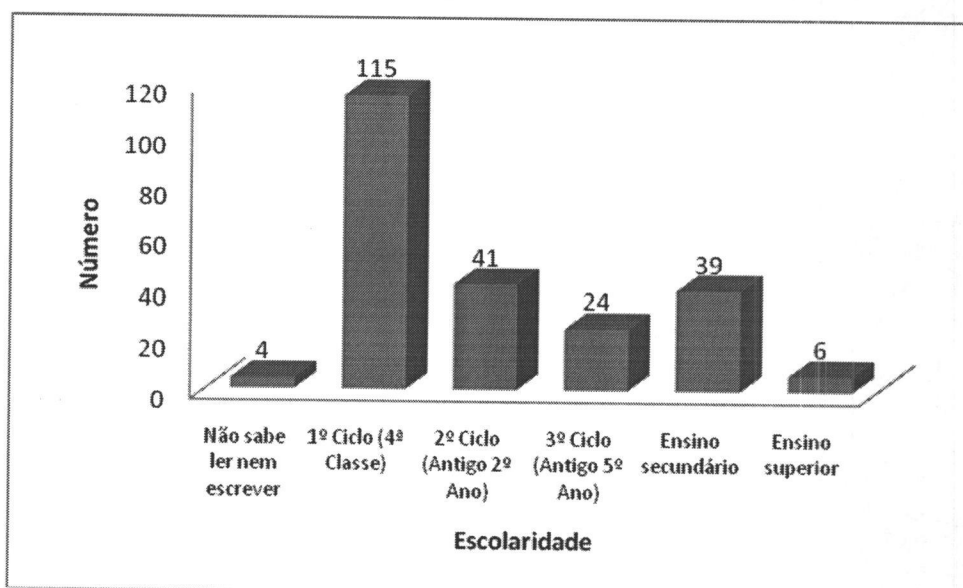
Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos, por grupos etários



Fonte: Questionários

Dos 229 inquiridos, 115 apenas tinham frequentado o 4º Ano de escolaridade (Gráfico 2). Como podemos verificar no quadro 8, apenas 17% completaram o ensino secundário e apenas 2,6% referiram ter formação ao nível do ensino superior.

Gráfico 2 Caracterização da amostra / Escolaridade



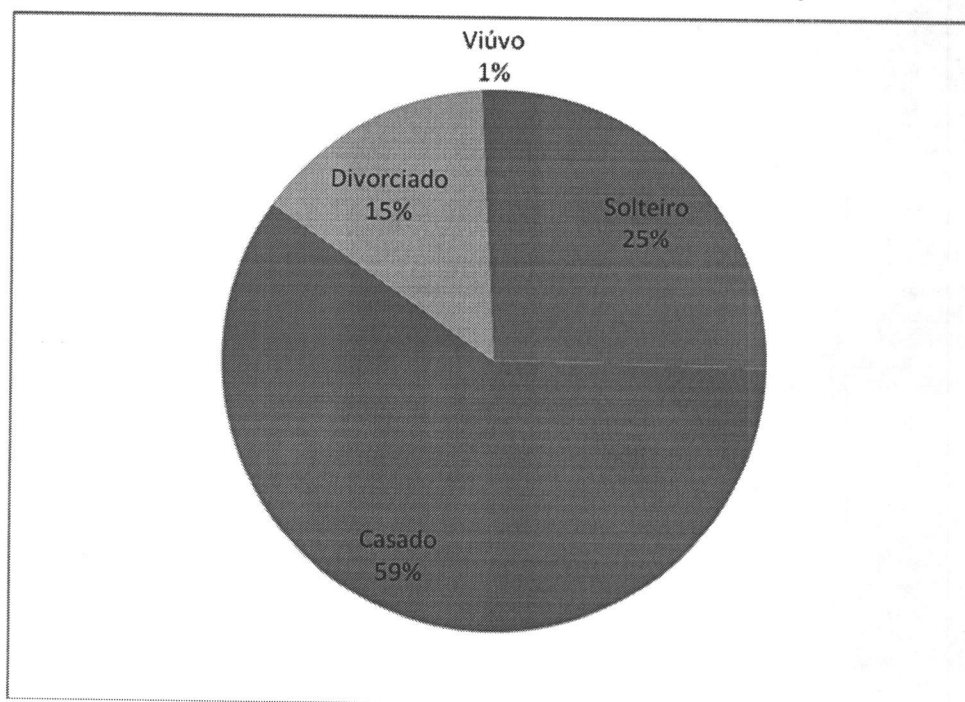
Fonte: Questionários

Quadro 8 - Estatística descritiva da amostra / Escolaridade

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Não sabe ler nem escrever	4	1,7	1,7	1,7
1º Ciclo (4ª Classe)	115	50,2	50,2	52,0
2º Ciclo (Antigo 2º Ano)	41	17,9	17,9	69,9
3º Ciclo (Antigo 5º Ano)	24	10,5	10,5	80,3
Ensino secundário	39	17,0	17,0	97,4
Ensino superior	6	2,6	2,6	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Fonte: Questionários

Gráfico 3 - Caracterização da amostra / Estado civil-Situação Marital



Fonte: Questionários

Como se pode observar no gráfico 3 59% dos inquiridos são casados e a maioria vive com a esposa e/ou com os filhos (Gráfico 4). Constata-se que a percentagem conjunta (41%) de pessoas que solteiras, divorciado e viúvas é idêntica à percentagem conjunta de pessoas que vivem sózinhas, com os pais e com outras pessoas.

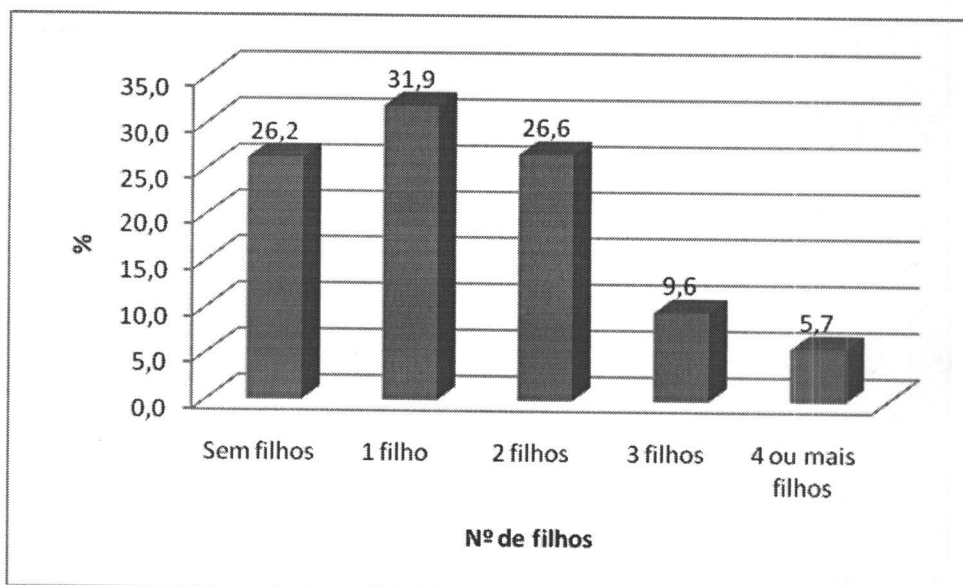
Gráfico 4 Caracterização da amostra / Com quem vive



Fonte: Questionários

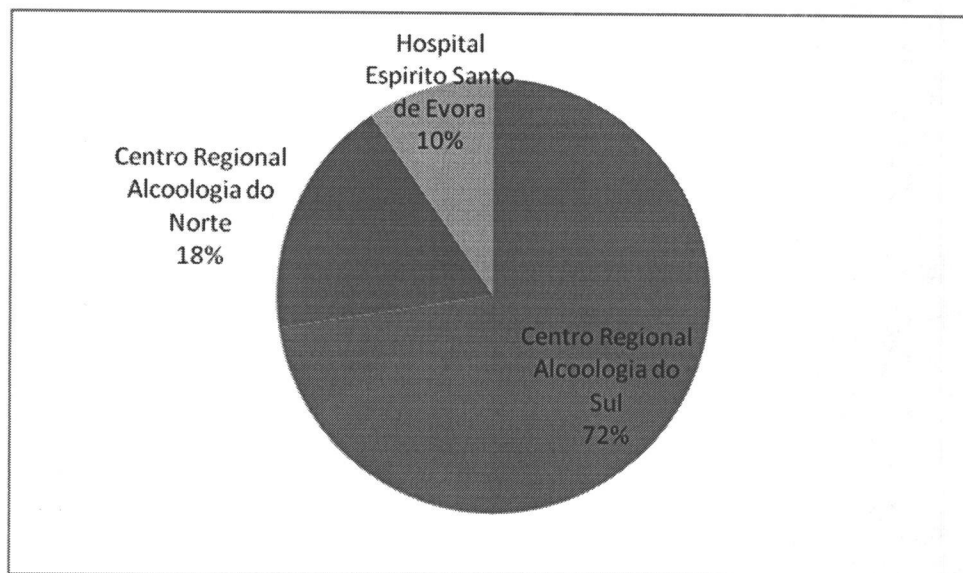
Também se verifica que a percentagem de 26,2% de indivíduos que não têm filhos (Gráfico 5) é semelhante ao valor de indivíduos solteiros. A maioria, ou seja, 58,5% tem pelo menos um ou dois filhos.

Gráfico 5 - Caracterização da amostra / N° de filhos



Fonte: Questionários

Gráfico 6 - Caracterização da amostra / Instituição actual onde foi inquirido



Fonte: Questionários

Tal como já tinha sido referido anteriormente, a maioria dos inquiridos foram do Centro Regional de Alcoologia do Sul, 72%, com 18% do Centro Regional de Alcoologia do Norte e 10% do Hospital do Espírito Santo de Évora, tal como se constata no gráfico 6.

Quadro 9 - Estatística descritiva da amostra / Há quanto tempo
está em tratamento, em dias

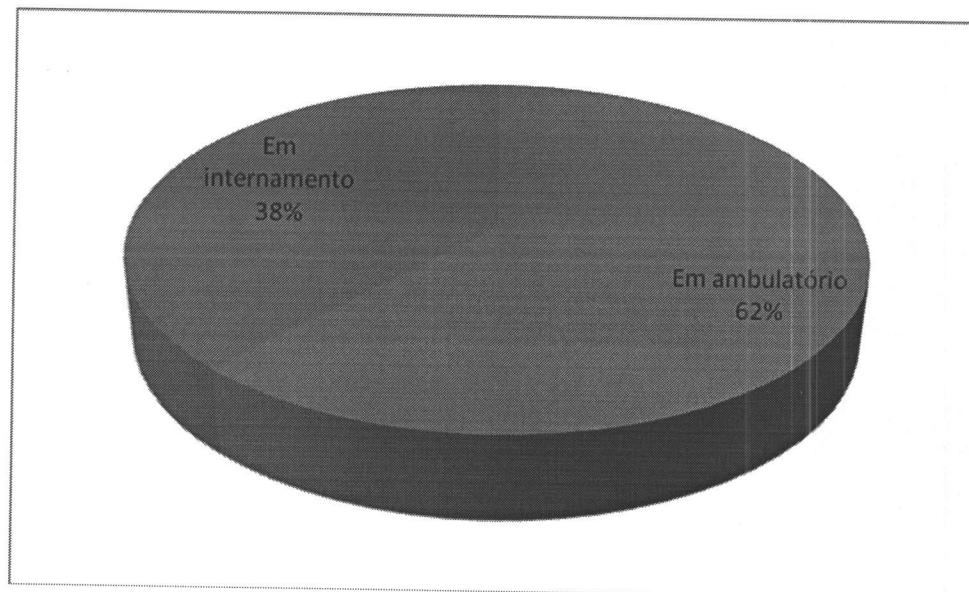
Nº	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio
229	1	10980	856,75	366	1201,526

Fonte: Questionários

Sendo o alcoolismo uma doença crónica percebe-se os resultados das respostas á questão sobre há quanto tempo se encontra em tratamento. As respostas variaram desde 1 dia até ao valor de 10980 dias, ou seja 30 anos! Temos dúvidas sobre se as respostas de 1 dia eram reais ou se alguns inquiridos interpretaram como tempo de internamento. Também apenas 1 inquirido respondeu que estava em tratamento há 30 anos, no entanto a média rondou os 3 anos de tratamento e a moda 1 ano (Quadro 9)

A questão sobre o regime de tratamento tinha como opções de resposta de: Em ambulatório, Em internamento, Em Hospital de dia. Esta última opção não foi utilizada por ninguém, pois não foram abordados indivíduos nessas circunstâncias.

Gráfico 7 - Caracterização da amostra / Regime de tratamento



Fonte: Questionários

Dos 229 inquiridos 62% eram acompanhados clinicamente em regime de ambulatório e 38% estavam internados (Gráfico 7), variando o tempo de internamento entre 1 e 18 dias (Quadro 10). Tentou-se que os questionários não fossem aplicados a indivíduos que se encontrassem já na fase final do internamento, de forma a evitar a influência das actividades terapêuticas. Mesmo assim a média ficou nos 10,45 dias de internamento.

De qualquer modo muitos doentes já tinham tido internamentos anteriores, cerca de 40 %, como se observa no Quadro 11, onde foram sujeitos a estratégias terapêuticas dirigidas para a competência social, e alguns doentes que são acompanhados clinicamente em regime de ambulatório também continuam a frequentar sessões terapêuticas promotoras de competências sociais e/ou de relações interpessoais.

Quadro 10 - Estatística descritiva da amostra / Dias de internamento

Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
88	1	18	10,45	4,866

Fonte: Questionários

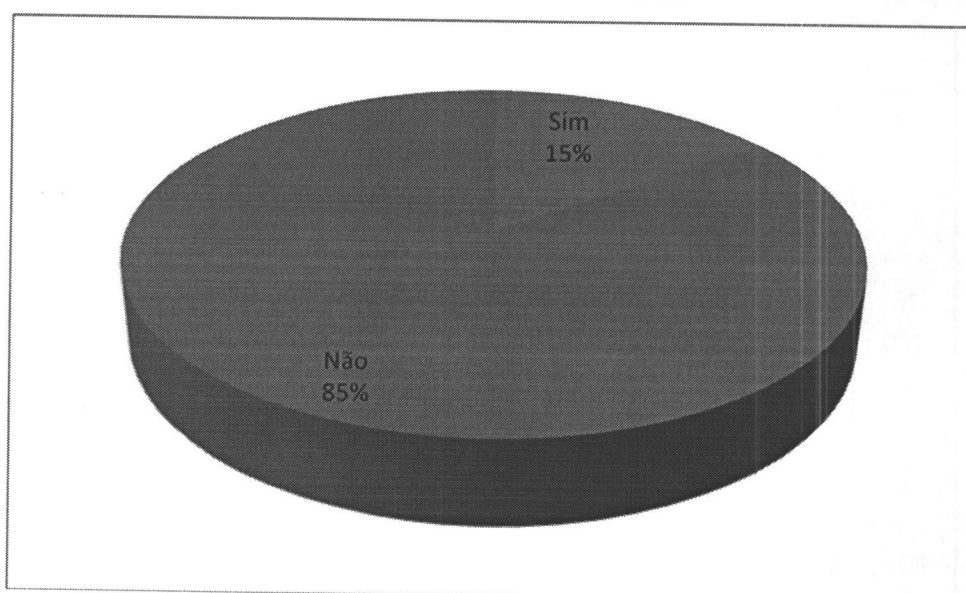
Quadro 11 - Estatística descritiva da amostra / Numero de Internamentos anteriores devido ao álcool

Internamentos	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
0	136	59,4	59,6	59,6
1	55	24,0	24,1	83,8
2	16	7,0	7,0	90,8
3	10	4,4	4,4	95,2
4	7	3,1	3,1	98,2
5	2	0,9	0,9	99,1
6	1	0,4	0,4	99,6
9	1	0,4	0,4	100,0
Total	228	99,6	100,0	
Missing	1	0,4		
Total	229	100,0		

Fonte: Questionários

Em relação á manutenção dos consumos alcoólicos, apesar de se encontrarem envolvidos num programa terapêutico, 15% dos inquiridos continuava a consumir bebidas alcoólicas.

Gráfico 8 - Caracterização da amostra / Nesta data continua a consumir bebidas alcoólicas



Fonte: Questionários

6. PROCEDIMENTOS

Foi construído um instrumento de recolha de dados constituído por três componentes, um questionário de dados sociodemográficos, uma escala de habilidades sociais e uma escala de auto-apreciação pessoal, os quais foram aplicados em conjunto, juntamente com uma nota de apresentação onde se solicitava a colaboração no estudo (Anexo I).

Respeitando a propriedade intelectual, foram contactados os autores das respectivas escalas.

A Prof^a Dr^a Elena Gismero González, do Departamento de Psicología da Facultad Ciencias Humanas y Sociales da Universidad Pontificia Comillas em Madrid, autora da escala de habilidades sociais (Gismero, 2002), a qual muito simpaticamente se mostrou disponível para colaborar.

Ao Prof. Dr. José Luis Pais Ribeiro, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, autor da escala de auto-apreciação pessoal (Ribeiro, 1994), que, apesar de diversas tentativas via mail e via telefone, não foi possível contactar. No entanto, fazemos questão de referenciar o autor e de informar que a referida escala se encontra disponível em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/escala.htm>.

Como a escala original está em língua espanhola, foi necessário proceder á sua tradução para língua portuguesa. Este processo de tradução foi encomendado, durante o mês de Outubro de 2006, a uma entidade reconhecidamente idónea e de prestígio na comunidade científica, a Escola de Línguas da Fundação Luis Molina / Universidade de Évora, através de um professor de espanhol, da Universidade de Évora, com o espanhol como língua materna.

Durante a aplicação dos questionários assegurou-se sempre que:

- Todos os inquiridos compreendiam a forma de responder, ou seja rodeando com um círculo ou colocando uma cruz na letra da alternativa escolhida;
- Foram dados exemplos antes de iniciarem o preenchimento das respostas;
- Foram esclarecidas dúvidas ao longo desenvolvimento do questionário;
- Apesar das respostas ao questionário serem individuais, auto-administradas e anónimas, uns inquiridos responderam sozinhos, outros em grupo, conforme o número de pessoas disponíveis para responder. O que possibilitou o esclarecimento de dúvidas em conjunto.

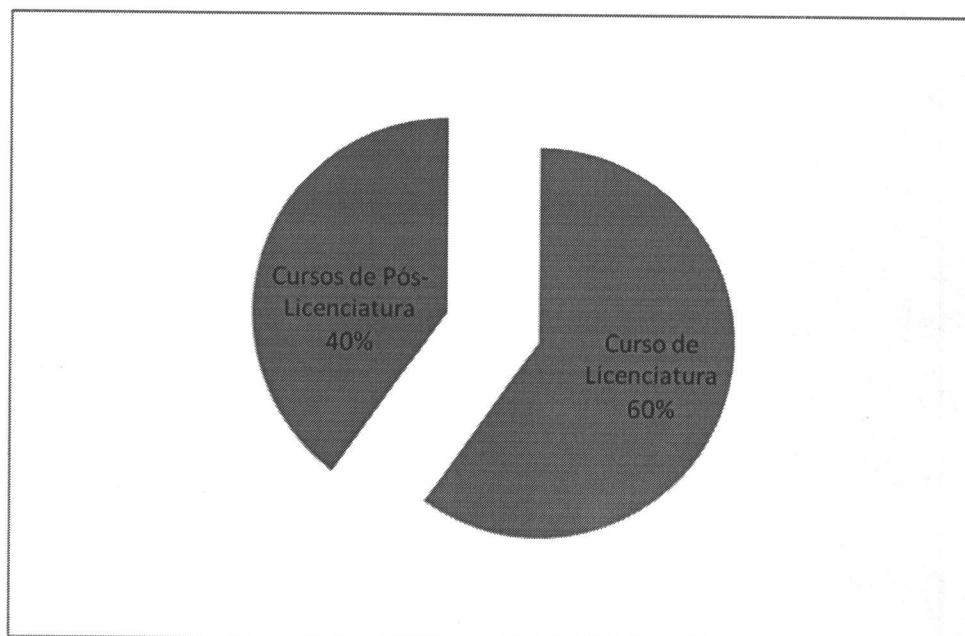
Nos indivíduos com dificuldades em escrever e/ou ler foi disponibilizada ajuda para o preenchimento questionário.

A primeira fase da investigação consistiu na realização de um **estudo preliminar de adaptabilidade** do instrumento de recolha de dados, junto da população geral, com o objectivo de testar a aplicação do questionário, após tradução para língua portuguesa, avaliando o tempo de aplicação, compreensão e consistência interna do instrumento. Apesar de não ser o objectivo principal fez-se a avaliação dos níveis de habilidades sociais de forma a poder servir de estudo comparativo com os níveis de habilidades sociais nos indivíduos dependentes de álcool.

Devido á facilidade de acesso optou-se por aplicar o questionário a um grupo de 55 estudantes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora durante o ano lectivo 2006/2007 (Outubro de 2006), constituído por elementos do sexo masculino e feminino (maioria), que aceitaram participar no estudo. Os estudantes estavam distribuídos por duas turmas do curso de licenciatura em enfermagem (Num total de 33 inquiridos, 26 eram do 3ºAno/1º Semestre e 7 eram do 3º Ano / 2º Semestre) e duas turmas de cursos de pós-licenciatura em enfermagem (Num total de 22 inquiridos, 12 eram do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e 10 eram do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia), como se pode observar no gráfico 9.

Pretendia-se desta forma ter uma amostra diversificada tanto ao nível das idades como ao nível dos locais de proveniência.

Gráfico 9 - Características da amostra do estudo preliminar de adaptabilidade segundo a distribuição pelos cursos que frequentam



Fonte: Questionários

Quadro 12 - Características da amostra do estudo preliminar de adaptabilidade segundo a idade e o nº de filhos

	Nº Respostas	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio padrão
Idade	54	19	53	26,93	20	8,646
Nº de Filhos	54	0	3	0.46	0	0,862

Fonte: Questionários

O acesso a estudantes dos cursos de pós-licenciatura possibilitou a diversificação da amostra com idades compreendidas entre os 19 anos e os 53 anos de idade, a constituições de agregados familiares com filhos (Quadro 12) e situações matrimoniais que rondavam os 25% de casados (Gráfico 10), situações vivenciais que acredita-se criarem condições para diferentes qualidades nas relações interpessoais. Só estão identificadas 54 respostas pois houve um indivíduo que não respondeu a estas questões.

Gráfico 10 - Características da amostra do estudo preliminar de adaptabilidade segundo o Estado civil / Situação marital



Fonte: Questionários

Conclui-se que as questões, de forma geral, mostravam-se adequadas aos objectivos do estudo.

A segunda parte do estudo consistiu na avaliação, das habilidades sociais em 229 indivíduos, do sexo masculino, dependentes de álcool, em instituições nacionais de referência na área da alcoologia, de Novembro de 2006 a Março de 2007, nomeadamente:

- O Centro Regional de Alcoologia do Sul (Actualmente Unidade de Alcoologia de Lisboa);
- O Centro Regional de Alcoologia do Norte (Actualmente Unidade de Alcoologia do Porto);
- A Unidade Funcional de Alcoologia do Hospital do Espírito Santo de Évora.

Esta amostra é caracterizada em capítulo próprio.

Foram contactados todos os Directores das referidas instituições no sentido de obter autorização para ter acesso aos utentes. Ao mesmo tempo, por afinidade da categoria profissional, foi solicitada aos Enfermeiros chefes a colaboração na aplicação dos questionários.

No Centro Regional de Alcoologia do Norte, o contacto foi feito sempre via mail ou telemóvel, tanto em relação aos pedidos de autorização e de colaboração, como em relação ao esclarecimento de dúvidas sobre a forma de aplicar o questionário, tendo sido enviados

por correio. A aplicação dos questionários ficou à responsabilidade do enfermeiro chefe. Foram inquiridos, de forma aleatória, 41 indivíduos internados, preferencialmente com poucos dias de internamento, que aceitaram participar no estudo.

No Centro Regional de Alcoologia do Sul, o contacto foi feito, também presencialmente, por conhecimento pessoal dos profissionais e proximidade geográfica. Por solicitação do Director da Instituição foi apresentado o projecto de investigação a toda a equipa terapêutica em dia de reunião clínica semanal, o que resultou numa excelente colaboração de todos os elementos.

A aplicação dos questionários ficou à responsabilidade da enfermeira chefe e do autor do estudo (principalmente doentes seguidos em consulta externa). Foram inquiridos, de forma aleatória, indivíduos internados, preferencialmente com poucos dias de internamento e indivíduos seguidos em consulta externa, que aceitaram participar no estudo. Na consulta externa os doentes foram seleccionados de forma consecutiva, conforme a ordem de chegada, após avaliação de exclusões e disponibilidade para responder, nos dias de disponibilidade do inquiridor. No total foram preenchidos 166 questionários.

Na Unidade Funcional de Alcoologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora a aplicação dos questionários foi da responsabilidade do autor do estudo, justificada pelo interesse em perceber as eventuais dificuldades de aplicação do instrumento e dúvidas dos inquiridos, seguindo as mesmas regras referidas para os locais anteriores. Foram inquiridos 22 indivíduos seguidos em consulta externa de alcoologia.

A terceira parte consistiu na realização de um **estudo comparativo** do nível de habilidades sociais entre os indivíduos dependentes de álcool e a população geral. Havendo dúvidas sobre se a amostra seleccionada para o estudo preliminar podia fazer esse papel optou-se por seleccionar uma nova amostra de 41 indivíduos, de entre os utentes do sexo masculino da Unidade de Saúde Familiar Eborae em Évora, no período compreendido entre Abril e Julho de 2007.

A aplicação dos questionários ficou à responsabilidade do enfermeiro responsável da Unidade de Saúde e do autor do estudo. Os inquiridos foram seleccionados de forma

consecutiva, conforme a ordem de chegada, após avaliação de exclusões e disponibilidade para responder, nos dias de disponibilidade do inquiridor.

Esta amostra foi constituída por indivíduos, exclusivamente do sexo masculino, da população em geral, frequentadora de uma Unidade de Saúde Familiar, com idades compreendidas entre os 17 e os 85 anos. No entanto a média de idades foi de 51.71 anos e a moda rondou os 70 anos. A maioria tinha filhos, tendo as respostas oscilado entre os zero e os quatro filhos (Quadro 14).

Quanto á profissão a amostra foi constituída como se apresenta no Quadro 13.

Quadro 13 Caracterização da amostra do estudo comparativo /Profissão

Profissão	Nº
Reformado	17
Funcionário público	3
Empresário	2
Técnico de Informática	2
Agricultor	1
Auxiliar de acção educativa	1
Bancário	1
Canalizador	1
Desempregado	1
Empregado de hotelaria	1
Engenheiro zootécnico	1
Estudante	1
Motorista	1
Operário fabril	1
Padeiro	1
Pedreiro	1
Pedreiro	1
Piloto Aviador	1
Professor	1
Servente	1
Vendedor	1
Total	41

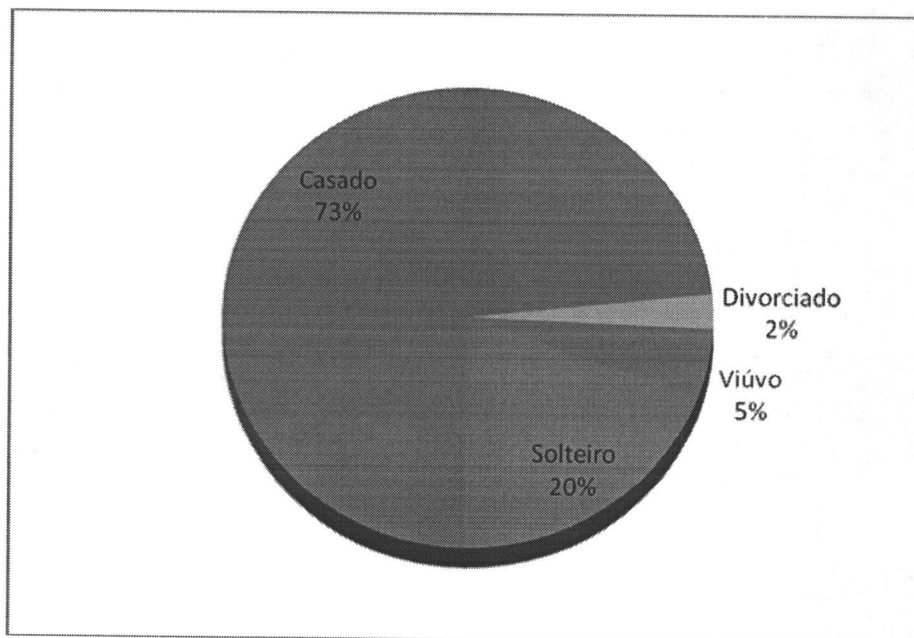
Quadro 14 Características da amostra do estudo comparativo segundo a idade e o nº de filhos

	Nº Respostas	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio padrão
Idade	41	17	85	51.71	70	19.143
Nº de Filhos	40	0	4	1.35	2	0,975

Fonte: Questionários

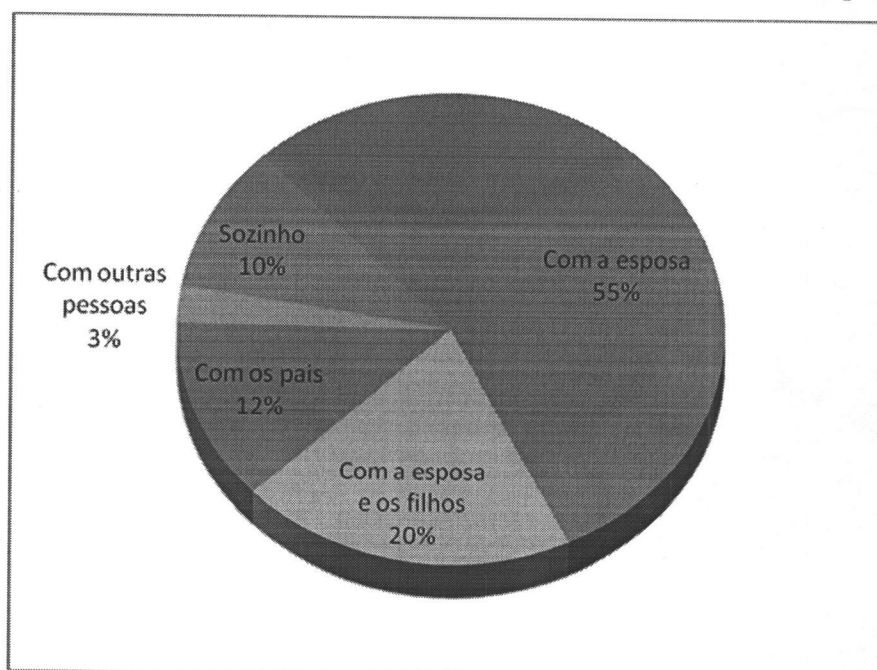
A maioria, cerca de 73% era casada, com 20% de indivíduos solteiros (Gráfico 11). Como de verifica no Gráfico12, cerca de 75% viviam junto da esposa / companheira ou junto da esposa e filhos.

Gráfico 11 - Características da amostra do estudo comparativo / Estado civil-Situação marital



Fonte: Questionários

Gráfico 12 - Características da amostra do estudo comparativo / Com quem vive

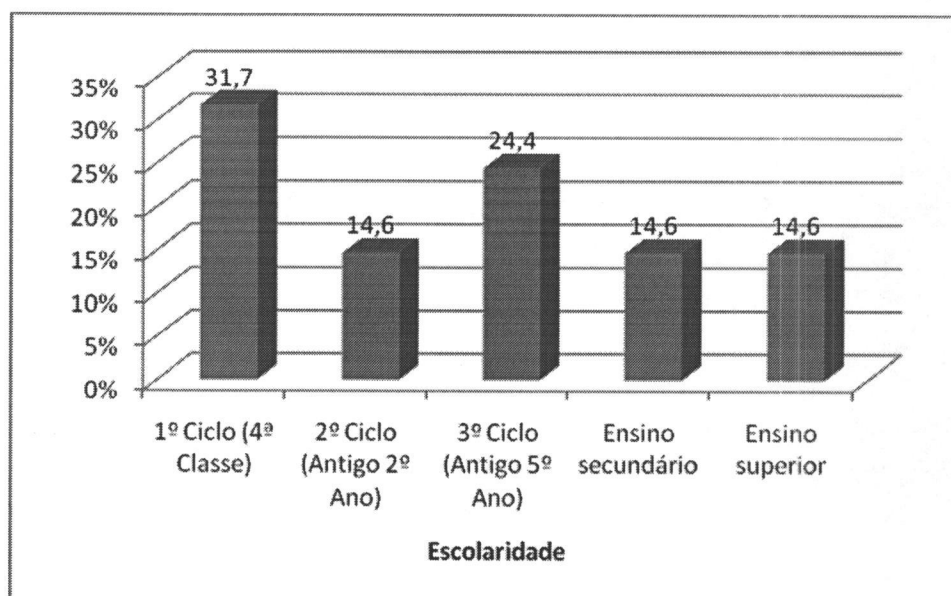


Fonte: Questionários

Quanto á escolaridade, cerca de 70% tem até á escolaridade obrigatória, sendo de salientar 14,6% de inquiridos com o ensino superior (Gráfico 13).

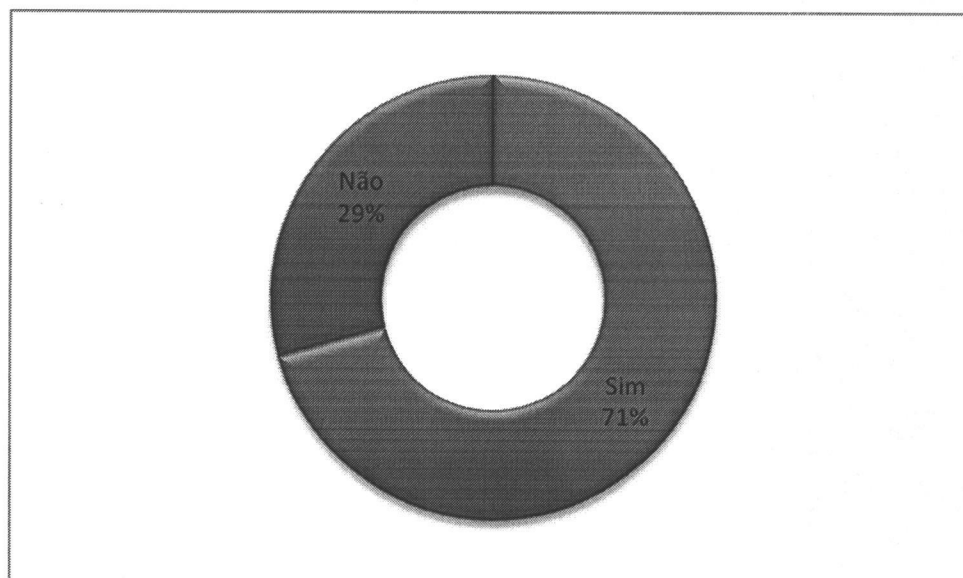
No Gráfico 14 podemos observar que a maioria, 71%, assumiu consumir habitualmente bebidas alcoólicas. No entanto este dado nada tem a ver com o diagnóstico de dependência alcoólica.

Gráfico 13 - Características da amostra do estudo comparativo / Escolaridade



Fonte: Questionários

Gráfico 14 - Características da amostra do estudo comparativo / Consumo de bebidas alcoólicas na presente data



Fonte: Questionários

Durante a aplicação dos questionários, esteve sempre presente a preocupação em dar as instruções necessárias para um correcto preenchimento, clarificando o objectivo do estudo, deixando claro que não havia respostas certas ou erradas e garantindo o anonimato. Além disso, verificou-se se as instruções tinham sido compreendidas pelos inquiridos conferindo se todos os itens tinham sido respondidos, a fim de diminuir a probabilidade de ocorrência de erros ou de questões em branco.

Quanto ao tratamento dos dados, cada uma das escalas foi analisada com recurso a metodologia quantitativa, através da contagem dos pontos obtidos, conforme instruções dos autores, utilizando o programa informático SPSS.

Em primeiro lugar analisaram-se os dados correspondentes á escala de habilidades sociais com o objectivo de conhecer o nível das diferentes habilidades sociais da amostra estudada. Neste sentido realizou-se uma análise descritiva das habilidades sociais (Nos seis factores estudados) comparativamente com as amostras do estudo preliminar e do estudo comparativo.

Em segundo lugar e com o objectivo de analisar um possível efeito de algumas variáveis sobre as habilidades sociais, procedeu-se á diferenciação dos resultados de acordo com os dados sóciodemográficos identificados no instrumento de recolha de dados, comparando as pontuações globais.

Com o objectivo de obter uma visão mais ampla dos resultados, utiliza-se, além dos valores directos obtidos nas pontuações, os valores em percentis, de acordo com os parâmetros definidos pela autora (Gismero, 2002).

Em terceiro lugar abalizaram-se os dados correspondentes á escala de auto-apreciação pessoal, comparativamente com as variáveis sociodemográficas e o nível de habilidades sociais.

7. ASPECTOS ÉTICOS

É nossa preocupação desenvolver todos os procedimentos de acordo com princípios éticos e deontológicos, os quais, segundo Santos (2005), *“protegem o participante de acções invasivas dos seus direitos...também o próprio investigador, de processos jurídicos interpostos por pessoas que se sintam vitimas da situação”*(p. 41).

“A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. (Fortin, 1999, p.114).

Assim, subjacente à conduta humana, desenvolveram-se preceitos e leis oriundos das normas e de um sistema de valores para orientar os julgamentos, as atitudes e os comportamentos das pessoas, dos grupos e das sociedades (Fortin, 1999, p.114).

A realização de uma qualquer investigação implica por parte dos investigadores o cumprimento de princípios éticos, geralmente aceites pela comunidade de investigadores em ciências sociais, que são eles: Respeitar e garantir os direitos de quem participa voluntariamente neste estudo; Informar e explicar aos participantes os estudo e seus objectivos, sendo estes livres de colaborar ou não na investigação; Manter a honestidade nas relações estabelecidas com os participantes; Aceitar a decisão dos indivíduos de não colaborar na investigação ou de desistir no seu decurso; Estabelecer um acordo com os participantes de modo a que fiquem explícitas as responsabilidades mútuas (este acordo é estabelecido antes do início do estudo); Proteger os participantes de prejuízos morais e/ou profissionais; Manter a confidencialidade da informação obtida; Solicitar autorização das Instituições a que pertencem os participantes para que estes possam colaborar no estudo (Carmo & Ferreira, 1998, p.265).

Assim os participantes foram informados, antes do início da sua participação, do que tratava a investigação e de qual a sua participação, sendo solicitado o seu *consentimento informado*. Foram ainda tidos em conta princípios como a liberdade de desistência e participação, oportunidade de colocar questões, minimização do esforço do participante, confidencialidade, anonimato, acesso aos dados e resultados.

IV- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

1. HABILIDADES SOCIAIS

Neste capítulo descreveremos os resultados obtidos tanto a nível global das habilidades sociais e do auto conceito como ao nível específico dos diferentes factores da escala de habilidades sociais. Utilizamos como referência para os valores de percentis, a tabela definida por Gismero (2002), que apresenta valores diferentes para populações constituídas por homens, por mulheres mistas. Salientamos o facto de a amostra do estudo preliminar ter sido constituída por indivíduos do sexo masculino e feminino (a maioria), pelo que optámos por utilizar, quando nos referimos a esta amostra e apenas a esta, a tabela de parametrização de percentis adequada a uma população mista. No caso das amostras de dependentes de álcool e de indivíduos da população em geral, foram ambas constituídas apenas homens, pelo que se utilizou a tabela adequada á população masculina.

1.1. Auto Expressão em situações sociais

Segundo Gismero (2002) este factor reflecte a capacidade de um indivíduo se expressar de forma espontânea e sem ansiedade em diferentes tipos de situações sociais, como por exemplo: entrevistas de emprego, lojas e instituições oficiais, em grupos e reuniões sociais, etc. Obter uma pontuação alta, neste factor, indica facilidade para as interacções em tais contextos, facilidade para expressar as suas opiniões e sentimentos, fazer perguntas, etc.

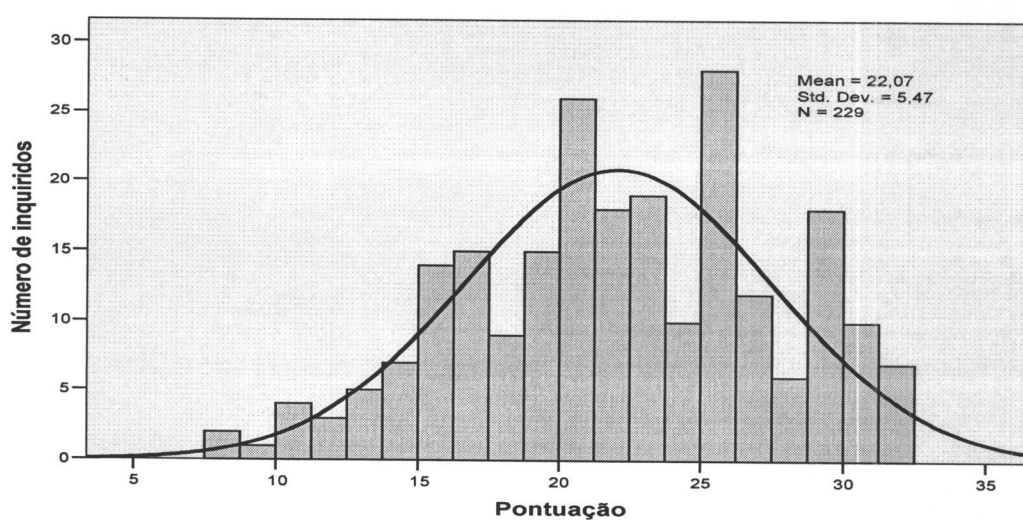
Quadro 15 - Estatística descritiva do Factor 1-Auto Expressão em situações sociais

	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	229	41
Média	24.20	22.07	24.51
Mediana	24.00	22.00	25.00
Moda	24 ^a	26	29
Desvio padrão	3.699	5.470	4.874
Mínimo possível (Valores directos)	8	8	8
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	15	8	15
Máximo no presente estudo (Valores directos)	32	32	32
Máximo possível (Valores directos)	32	32	32
Percentil	65	50	70

Fonte: Questionários

A nossa amostra de dependentes de álcool obtém uma pontuação média de 22.07, que equivale a um percentil 50 na escala de parametrização definida por Gismero (2002), valor inferior ao encontrado, tanto no estudo preliminar como no estudo comparativo.

Gráfico 15 - Histograma do Factor 1-Auto Expressão em situações sociais



Fonte: Questionários

Os indivíduos do sexo masculino dependentes de álcool terão, assim, dificuldades em expressar-se de forma espontânea e sem ansiedade em diferentes tipos de situações sociais, tal como dificuldade em expressar as suas opiniões e sentimentos e fazer perguntas. Apesar de não ser um valor negativo, é claramente um valor abaixo da população geral.

Todo o individuo tem o direito de exprimir as suas opiniões pessoais de forma adequada, sem forçar os outros a aceitar o que diz. Expressar opiniões significa dar a conhecer ao outro o estado de ânimo em que nos encontramos, seja alegria ou tristeza. Não se sentir bem a fazê-lo pode ser uma dificuldade acrescida para a qualidade das relações interpessoais que estabelece.

Exprimir as nossas opiniões ou sentimentos não garante que a outra pessoa sinta o mesmo, no entanto esperamos sempre uma atitude empática, uma demonstração de compreensão e comentários a respeito. São esses *feef-backs* que nos permitem refazer novas auto-avaliações a nosso respeito. Se não nos exprimimos, também não temos resposta!

1.2. Defesa dos seus direitos como consumidor

Segundo Gismero (2002) uma pontuação alta neste factor reflecte a capacidade de expressão de comportamentos assertivos perante desconhecidos em defesa dos seus direitos em situações de consumo (Capacidade de não deixar que alguém lhe passe á frente numa fila ou loja; capacidade de pedir a alguém, que esteja a falar no cinema, que se cale; capacidade de pedir descontos; capacidade de devolver um objecto defeituoso, etc.).

Quadro 16 - Estatística descritiva do Factor 2 – Defesa dos seus direitos como consumidor

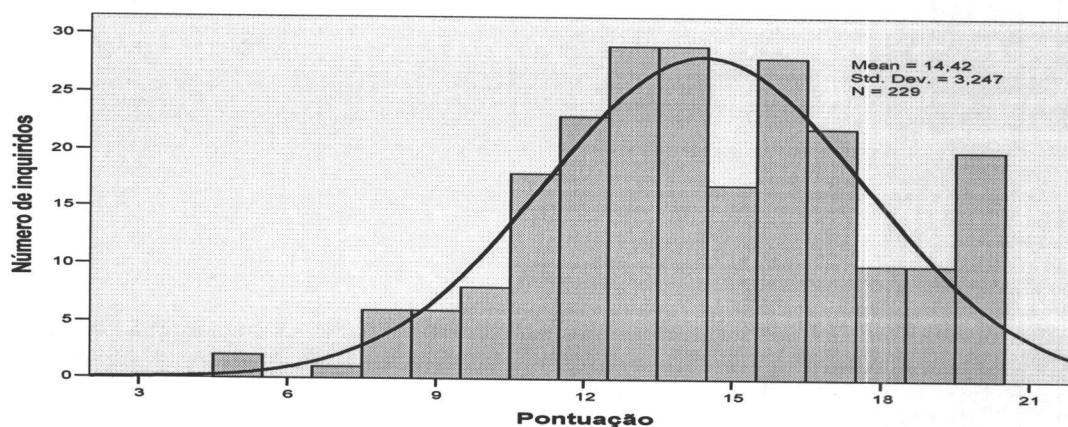
	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	229	41
Média	14.40	14.42	15.05
Mediana	15.00	14.00	15.00
Moda	15	13 ^a	13 ^a
Desvio padrão	2.241	3.247	3.162

Mínimo possível (Valores directos)	5	5	5
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	11	5	9
Máximo no presente estudo (Valores directos)	20	20	20
Máximo possível (Valores directos)	20	20	20
Percentil	50	40	60

Fonte: Questionários

Em relação á capacidade para defender os seus direitos como consumidores, a nossa amostra de dependentes de álcool, apresentou uma pontuação média de 14.42, claramente inferior á pontuação obtida por qualquer uma das outras amostras estudadas. Este valor equivale ao percentil 40 na tabela de parametrização de Gismero (2002), ou seja é um valor negativo que nos desperta a atenção para a necessidade de um eventual apoio terapêutico.

Gráfico 16 - Histograma do Factor 2 – Defesa dos seus direitos como consumidor



Fonte: Questionários

Os indivíduos dependentes de álcool apresentaram, de forma evidente, com um percentil negativo, dificuldades na expressão de comportamentos assertivos perante desconhecidos em defesa dos seus direitos em situações de consumo.

Quando um alcoólico, e não estamos a falar de indivíduos embriagados, deixa que lhe passem á frente numa fila ou loja ou recusa devolver um objecto defeituoso que acabou de comprar, é muitas vezes interpretado como uma pessoa que quer evitar conflitos, mas por detrás deste comportamento pode estar uma dificuldade.

1.3. Expressão de enfado ou inconformidade

Segundo Gismero (2002) neste factor está subjacente a ideia de evitar conflitos ou confrontações com outras pessoas. Uma pontuação alta indica a capacidade de expressar enfado, sentimentos negativos justificados ou desacordo com outras pessoas. Uma pontuação baixa indica dificuldade para expressar discrepâncias e o preferir calar-se, apesar de isso o fazer sentir-se mal consigo mesmo, com o objectivo de evitar possíveis conflitos com os outros (Mesmo que se trate de familiares ou amigos).

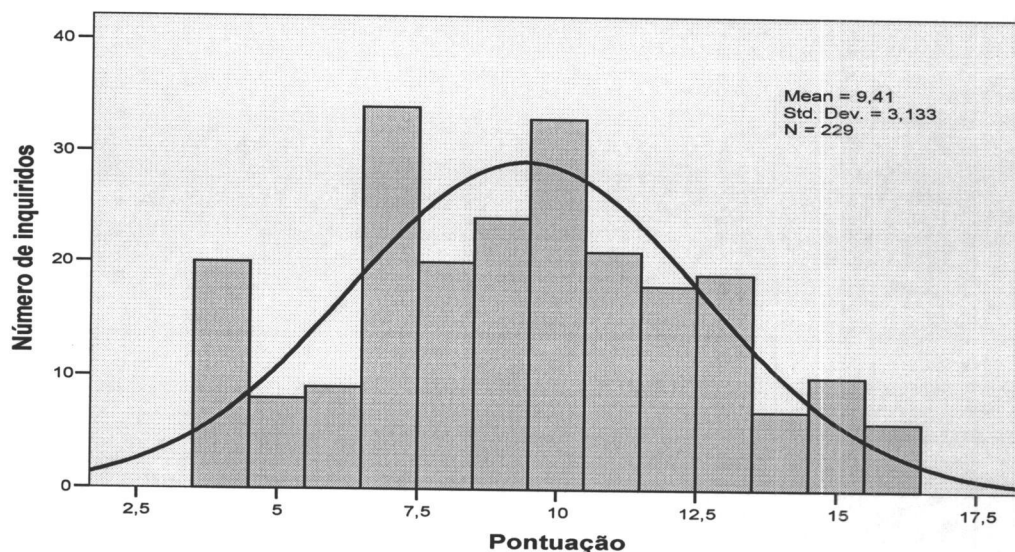
Quadro 17 - Estatística descritiva do Factor 3 – Expressão de enfado ou inconformidade

	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	229	41
Média	11.91	9.41	9.95
Mediana	12.00	9.00	10.00
Moda	13	7	11
Desvio padrão	1.888	3.133	3.369
Mínimo possível (Valores directos)	4	4	4
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	5	4	4
Máximo no presente estudo (Valores directos)	16	16	16
Máximo possível (Valores directos)	16	16	16
Percentil	65	45	50

Fonte: Questionários

Temos, novamente, em mais um factor um valor negativo. Os indivíduos dependentes de álcool apresentaram uma pontuação média de 9.41, inferior a qualquer uma das outras amostras e equivalente a um percentil 45 na tabela de parametrização de Gismero (2002).

Gráfico17 - Histograma do Factor 3 – Expressão de enfado ou inconformidade



Fonte: Questionários

Todas as pessoas têm o direito de viver de uma forma agradável e feliz. Se algo ou outra pessoa diminui essa possibilidade devemos ser capazes de fazer algo para nos protegemos e sentirmos melhor. Devemos ser capazes de comunicar a essa outra pessoa, o que sentimos, de uma forma assertiva, mas que possibilite alterar a situação de incómodo.

A nossa amostra apresenta dificuldade em expressar enfado, sentimentos negativos justificados ou desacordo com outras pessoa.

1.4. Dizer não e terminar interações

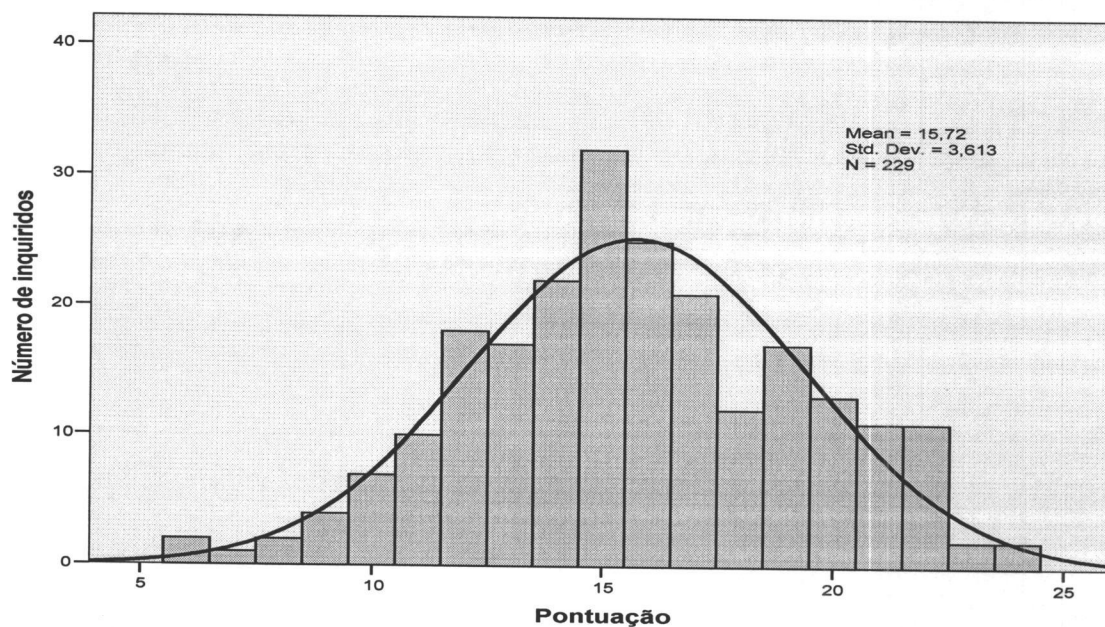
Segundo Gismero (2002) este factor reflecte a habilidade para terminar interações que não se querem manter (Pode ser com um vendedor, ou com amigos que continuam falando numa altura em que já pretendemos interromper a conversa, ou com pessoas com as quais não se deseja continuar a sair ou em manter a relação), assim como o negar-se a fazer algo que não gostamos de fazer. Trata-se de um aspecto do comportamento assertivo em que o importante é dizer “não” a outras pessoas e terminar as interações – a curto ou a longo prazo – que não se desejam manter por mais tempo.

Quadro 18 - Estatística descritiva do Factor 4 - Dizer não e terminar interações

	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	228	41
Média	16.76	15.72	16.37
Mediana	17.00	15.00	17.00
Moda	16 ^a	15	17
Desvio padrão	2.994	3.613	4.030
Mínimo possível (Valores directos)	6	6	6
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	8	6	8
Máximo no presente estudo (Valores directos)	23	24	24
Máximo possível (Valores directos)	24	24	24
Percentil	65	60	65

Fonte: Questionários

Gráfico 18 - Histograma do Factor 4 - Dizer não e terminar interações



Fonte: Questionários

Dizer “não” vem referenciado na bibliografia sobre alcoolismo como uma das principais dificuldades dos indivíduos dependentes de álcool. A nossa amostra de dependentes de álcool apresentou uma pontuação média de 15.72, valor abaixo de qualquer uma das outras amostras. Este valor é equivalente ao percentil 60 na tabela de parametrização de Gismero (2002).

Algumas pessoas sofrem quando têm de negar algo, seja por medo de defraudar as expectativas do outro, seja por medo de não conseguir argumentar o suficiente para manter a negação ou por simples comodidade. Trata-se sempre da necessidade de querer-mos ser valorizados e desejados pela outra pessoa. Esta nossa necessidade de nos sentirmos valorizados e tidos em conta pode levar-nos a demonstrar uma constante disponibilidade para tudo e todos, o que vai colocando numa situação de dependência, não só dos outros mas também dessa imagem que criamos. Essa dependência cria dificuldades para a nossa evolução pessoal, mina a nossa auto-estima e impossibilita o desenvolvimento de relações responsáveis, saudáveis e equilibradas numa interdependência com as outras pessoas.

Os indivíduos dependentes de álcool apresentaram, neste estudo, um nível de habilidade para dizer não e terminar interações que não se querem manter, abaixo do nível da população em geral, apesar de não se evidenciar um valor negativo.

1.5. Fazer pedidos

Esta dimensão reflecte a expressão de pedidos, de algo que desejamos, a outras pessoas, seja a um amigo (que nos devolva algo que lhe emprestámos, ou que nos faça um favor), ou em situações de consumo (num restaurante em que não nos trazem algo tal como o pedimos e pretendemos trocar, ou numa loja em que nos deram mal o troco). Uma pontuação alta indica que se é capaz de fazer pedidos semelhantes a estes sem excessiva dificuldade, por outro lado uma pontuação baixa indica dificuldade em fazer pedidos daquilo que queremos junto de outras pessoas.

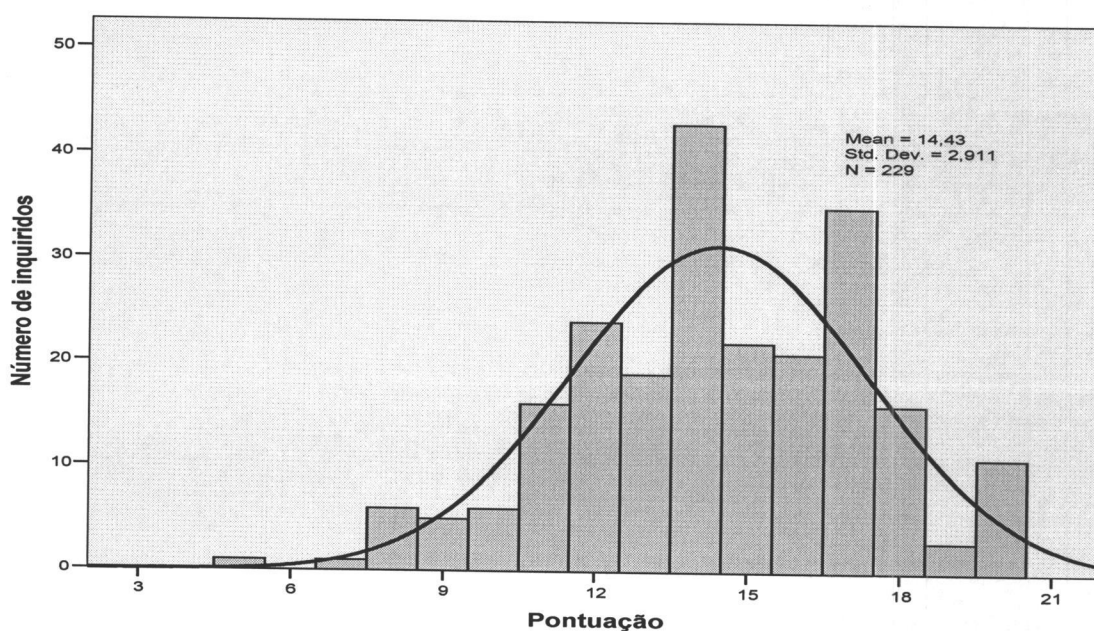
Quadro 19 - Estatística descritiva do Factor 5 - Fazer pedidos

	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	229	41
Média	13.64	14.43	14.88
Mediana	13.00	14.00	15.00
Moda	13	14	17
Desvio padrão	2.376	2.911	3.195
Mínimo possível (Valores directos)	5	5	5
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	8	5	8
Máximo no presente estudo (Valores directos)	19	20	20
Máximo possível (Valores directos)	20	20	20
Percentil	45	65	70

Fonte: Questionários

A nossa amostra de dependentes de álcool apresentou uma pontuação média de 14.43 em relação à habilidade para fazer pedidos. Valor acima do encontrado no estudo preliminar, mas claramente abaixo da pontuação média da amostra do estudo comparativo. Este valor corresponde a um percentil 65 na tabela de parametrização de Gismero (2002).

Gráfico 19 - Histograma do Factor 5 - Fazer pedidos



Fonte: Questionários

Algumas pessoas sentem vergonha de pedir alguma coisa que desejam ou que lhes seja útil. Custa-lhes pedir um favor. Pedir um favor consiste em solicitar á outra pessoa que realize algo para nós, seja um esforço físico ou um empréstimo. A forma como se faz o pedido determina a possibilidade de ser concedido. Se se faz o pedido de forma socialmente adequada temos mais hipóteses de conseguirmos resposta positiva. Temos assim a possibilidade de influenciar a forma como as outras pessoas respondem às nossas solicitações.

A nossa amostra de dependentes de álcool apresentou, assim, menos habilidade do que a população em geral para gerir a forma como faz esses pedidos, menos habilidade para fazê-lo de forma a alimentar a qualidade das relações interpessoais.

1.6. Iniciar interações positivas com o sexo oposto

Este factor define-se pela habilidade para iniciar interações com o sexo oposto (Uma conversa, marcar um encontro...) e de poder fazer de forma espontânea um cumprimento, um elogio, falar com alguém que se considere atraente. Nesta ocasião, trata-se de intercâmbios positivos. Uma pontuação alta indica facilidade para tais comportamentos, ou seja, iniciativa para iniciar interações com o sexo oposto e para exprimir de forma espontânea o que gostamos nessa pessoa. Uma pontuação baixa indica dificuldade para levar a cabo de forma espontânea e sem ansiedade tais comportamentos.

Quadro 20 - Estatística descritiva do Factor 6 - Iniciar interações positivas com o sexo oposto

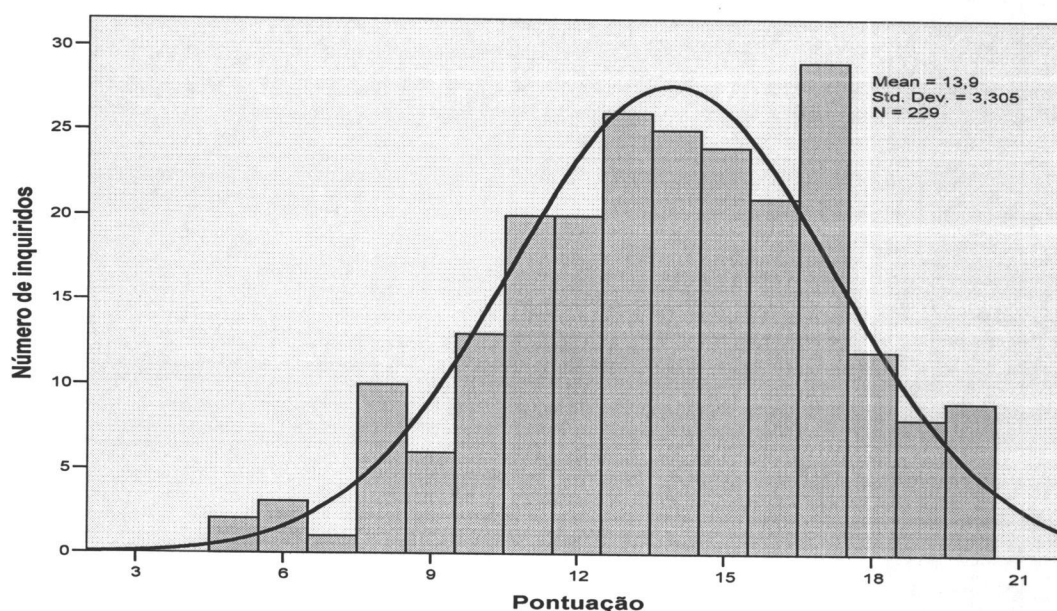
	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	229	41
Média	14.96	13.90	15.29
Mediana	16.00	14.00	16.00
Moda	16	17	14 ^a
Desvio padrão	2.309	3.305	3.430
Mínimo possível (Valores directos)	5	5	5
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	10	5	5
Máximo no presente estudo (Valores directos)	19	20	20

Máximo possível (Valores directos)	20	20	20
Percentil	75	55	70

Fonte: Questionários

Quanto à habilidade para iniciar interações positivas com o sexo oposto, a nossa amostra de indivíduos dependentes de álcool apresentou um resultado com pontuações médias de 13.90, o que equivale a um percentil 55 na tabela de parametrização de Gismero (2002). Valor abaixo do encontrado para a população em geral.

Gráfico 20 - Histograma do Factor 6 - Iniciar interações positivas com o sexo oposto



Fonte: Questionários

O não estar familiarizado com a forma habitual de iniciar relações constitui algo que elimina toda a possibilidade de iniciar ou aprofundar uma amizade. É importante, quando se quer estabelecer uma boa relação, ter em conta o início, o desenvolvimento e o fim da conversa tendo em consideração o contexto, a situação material e a pessoa em questão. É importante, também, ter em conta as estratégias para manter e/ou desenvolver a conversa, tal como o tempo para escutar.

Os indivíduos dependentes de álcool apresentaram, assim, menor habilidade do que os indivíduos da população em geral, para iniciar interações com o sexo oposto e de poder fazer de forma espontânea um cumprimento, um elogio, falar com alguém que se considere atraente, sem ansiedade.

1.7. Nível Global de habilidades sociais

Pretendemos, neste capítulo apresentar os resultados globais do nível de habilidades sociais em indivíduos dependentes de álcool e fazer essa análise de acordo com alguns dos parâmetros dos dados sociodemográficos colhidos.

Definitivamente constatamos que a amostra constituída por indivíduos dependentes de álcool apresenta uma pontuação média na Escala de Habilidades Sociais de 89.96, equivalente ao percentil 55 na tabela de parametrização de Gismero (2002).

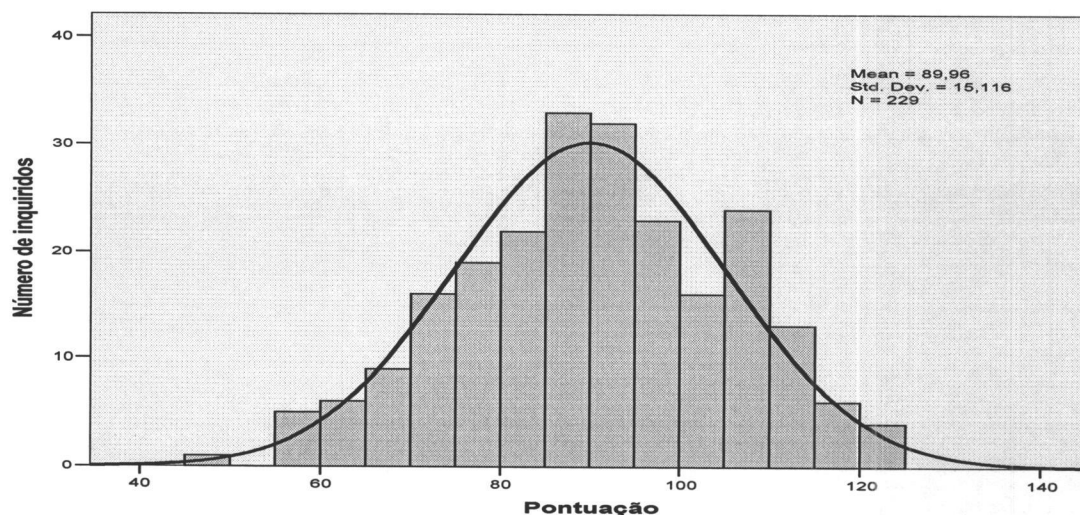
Este valor é claramente inferior ao conseguido por qualquer uma das outras amostras analisadas, seja a do estudo preliminar, seja a do estudo comparativo, constituída por indivíduos da população em geral e que conseguiram um percentil 70.

Quadro 21- Estatística descritiva do Nível Global de habilidades sociais

	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	229	41
Média	95.87	89.96	96.05
Mediana	96.00	90.00	98.00
Moda	92	89	100
Desvio padrão	10.382	15.116	14.770
Mínimo possível (Valores directos)	33	33	33
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	73	48	69
Máximo no presente estudo (Valores directos)	117	124	128
Máximo possível (Valores directos)	132	132	132
Percentil	70	55	70

Fonte: Questionários

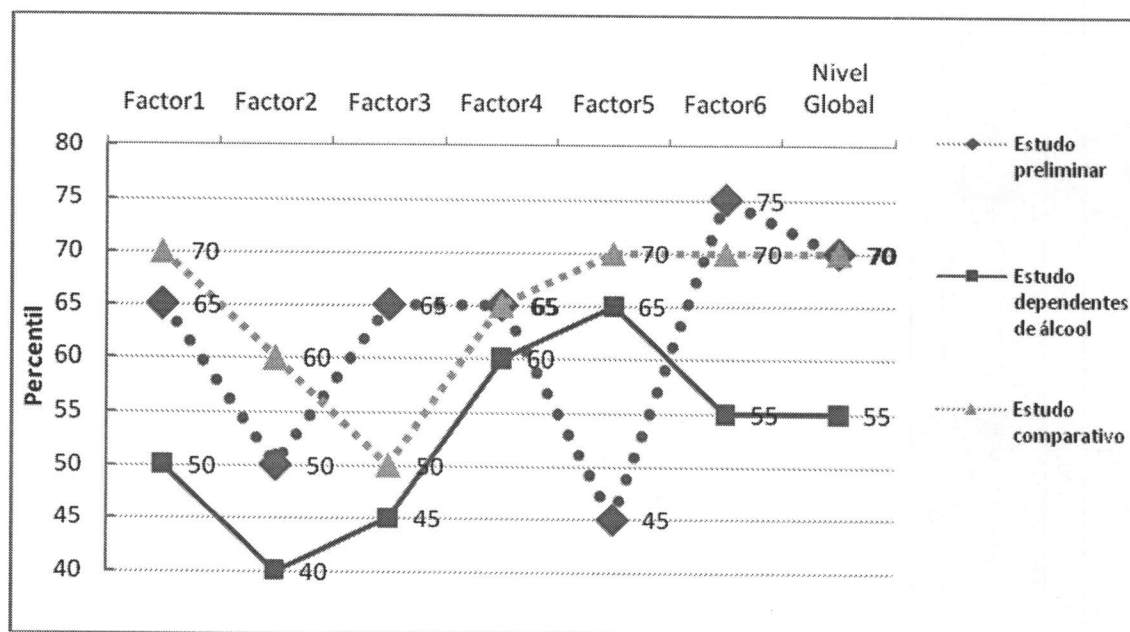
Gráfico 21 - Histograma do Nível Global de habilidades sociais



Fonte: Questionários

Ao observarmos o Gráfico 22 constatamos que a amostra apresenta valores inferiores em todos os factores, excepto no factor 5 - Fazer pedidos e comparativamente á amostra do estudo preliminar. Apresenta mesmo valores “boderline” no factor 1 – Auto-expressão em situações sociais (percentil 50) e valores negativos nos factores 2 – Defesa dos seus direitos como consumidor (percentil 40) e 3 – Expressão de enfado ou inconformidade (percentil 45).

Gráfico 22 - Comparação nos níveis globais de habilidades sociais entre as diferentes amostras / Em percentis

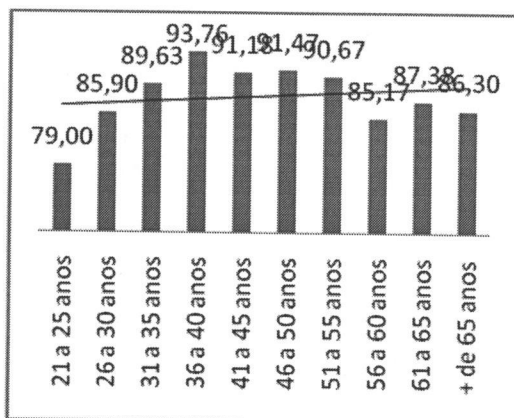


Fonte: Questionários

Ao analisarmos os resultados da escala de habilidades sociais, utilizando valores em pontuações directas, tendo em consideração algumas das variáveis do questionário sócio-demográfico, observamos alguns resultados interessantes, mas que necessitariam de um estudo mais aprofundado para se retirar conclusões, o que ultrapassa o âmbito desta investigação.

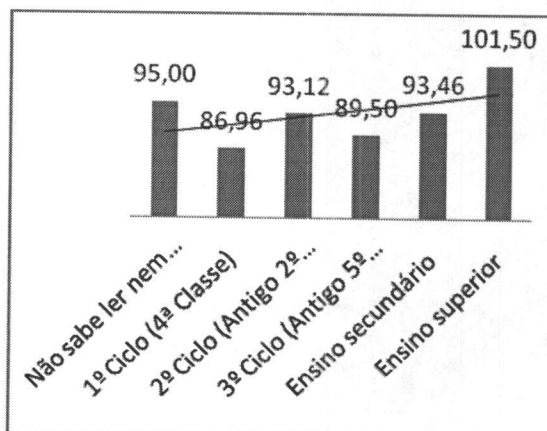
Em relação á idade constatamos uma ligeira tendência para o aumento do nível de habilidades sociais com a idade. A mesma tendência se verifica com a escolaridade.

Gráfico 23 - Pontuações em habilidades sociais de acordo com a idade



Fonte: Questionários

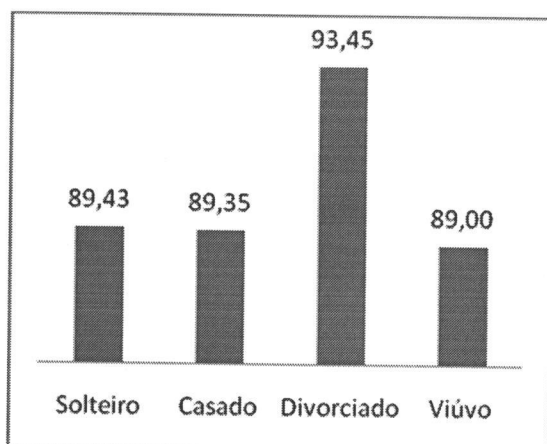
Gráfico 24 - Pontuações em habilidades sociais de acordo com a escolaridade



Fonte: Questionários

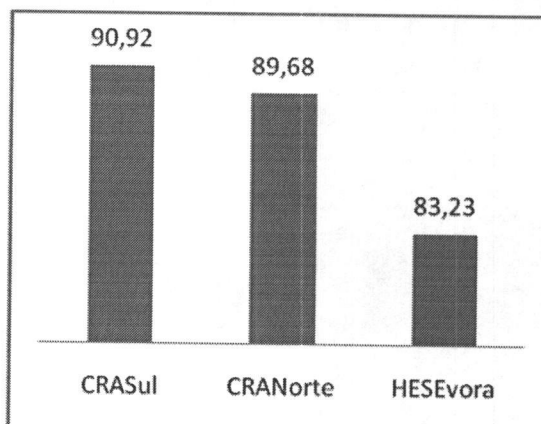
Em relação ao estado civil, as pontuações são semelhantes, excepto para os divorciados, que apresentam um valor mais elevado. De acordo com a instituição, verifica-se uma diferença significativa entre os indivíduos acompanhados nas unidades do Centro Regional de Alcoologia do Sul e do Norte e os indivíduos acompanhados na unidade de alcoologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, o que poderá estar relacionado com a diversidade de estratégias terapêuticas e de profissionais envolvidos, ou seja, com a qualidade do atendimento terapêutico.

Gráfico 25 - Pontuações em habilidades sociais de acordo o estado civil



Fonte: Questionários

Gráfico 26 - Pontuações em habilidades sociais de acordo com a Instituição

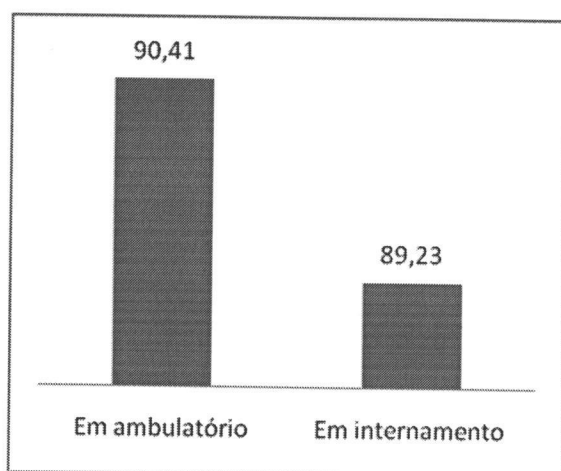


Fonte: Questionários

Em relação ao regime de tratamento, observa-se que os indivíduos internados apresentam um nível de habilidades sociais mais baixo, o que poderá fazer sentido, ou seja, foi por serem as pessoas com maiores dificuldades que tiveram necessidade de ser internadas.

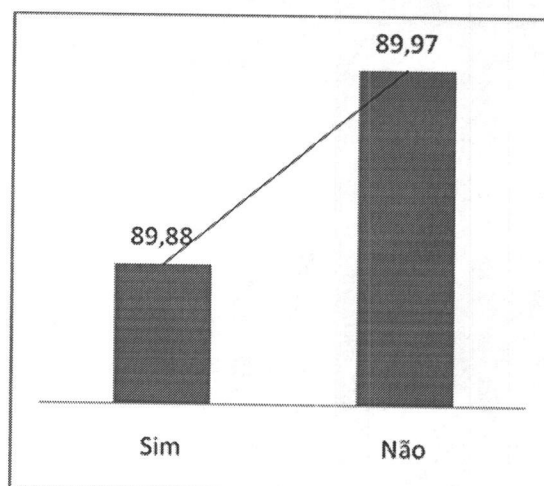
Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, constata-se que os indivíduos que continuam a consumir bebidas alcoólicas apresentam um valor ligeiramente mais baixo no nível de habilidades sociais.

Gráfico 27 - Pontuações em habilidades sociais de acordo com o regime de tratamento



Fonte: Questionários

Gráfico 28 - Pontuações em habilidades sociais de acordo com o consumo actual de bebidas alcoólicas

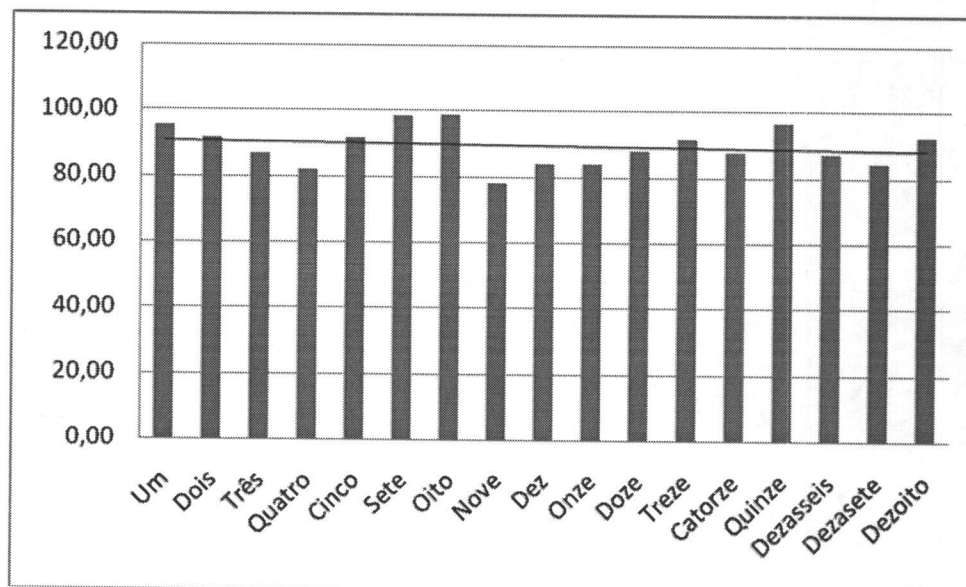


Fonte: Questionários

Se analisarmos o gráfico 29 verificamos que o tempo de internamento não influenciou, praticamente em nada, o nível de habilidades sociais, pelo menos no momento, pois ao

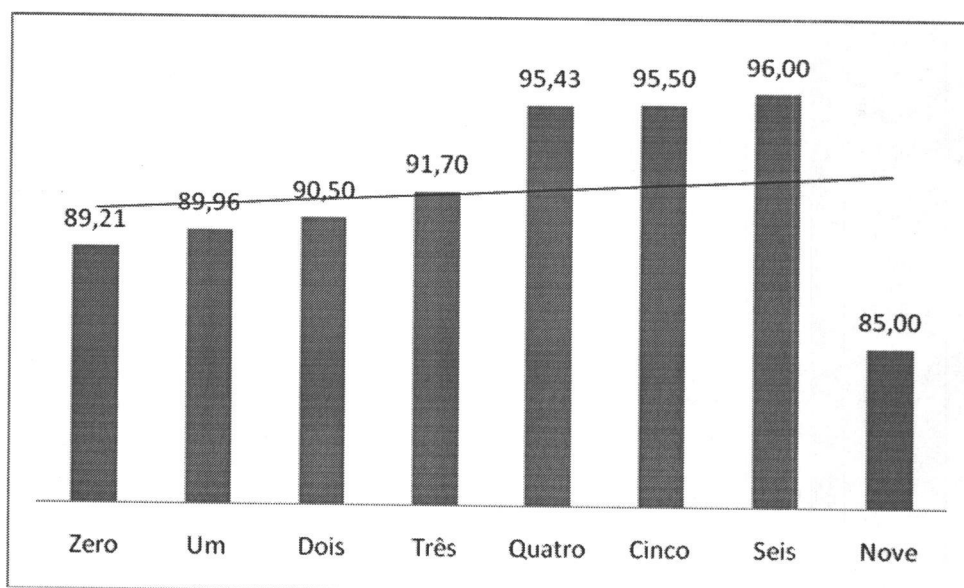
observarmos o gráfico 30 constatamos que o nível de habilidades sociais tem tendência para subir com o número de internamentos.

Gráfico 29 - Pontuações em habilidades sociais de acordo com o tempo de internamento, em dias



Fonte: Questionários

Gráfico 30 - Pontuações em habilidades sociais de acordo com o número de internamentos



Fonte: Questionários

2. AUTOCONCEITO

De acordo com Bandura (1986), citado por Carneiro & Falcone (2004) um funcionamento competente do indivíduo na interação com o ambiente não é só uma questão de saber o que fazer, mas envolve também crenças sobre a sua auto eficácia. Ou seja, para um indivíduo, ser socialmente competente, não basta apenas ter muitas habilidades, é necessário saber que as tem e acreditar nas suas capacidades. As pessoas tendem a evitar tarefas e situações que são consideradas superiores às suas capacidades, mas assumem e desempenham actividades que se julgam capazes de exercer. O desempenho físico e mental parece estar muito determinado pelas crenças de cada um nas capacidades de execução e auto-avaliação, logo no bem-estar e qualidade de vida.

Quadro 22 - Estatística descritiva dos Níveis de Auto Apreciação Pessoal

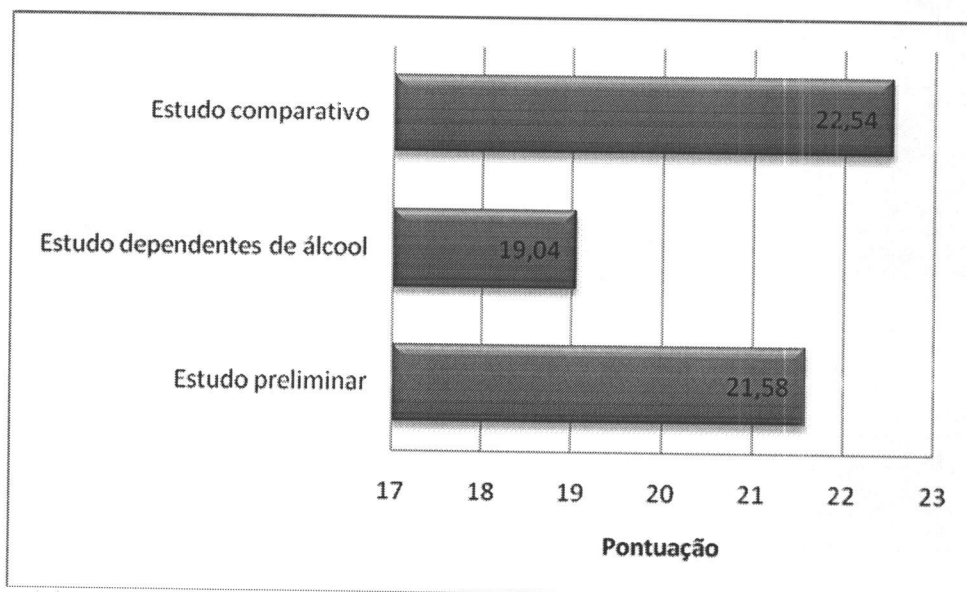
	Estudo preliminar	Dependentes de álcool	Estudo comparativo
Nº Inquiridos	55	229	41
Média	21.58	19.04	22.54
Mediana	21.00	19.00	22.00
Moda	21	18 ^a	21 ^a
Desvio padrão	2.967	4.484	3.957
Mínimo possível (Valores directos)	7	7	7
Mínimo no presente estudo (Valores directos)	15	7	15
Máximo no presente estudo (Valores directos)	28	28	28
Máximo possível (Valores directos)	28	28	28

Fonte: Questionários

Ao observarmos os resultados do questionário de Auto-Apreciação Pessoal constatámos que a nossa amostra apresentou um resultado “borderline”, com uma pontuação média de 19.04, se considerarmos que os valores de meio da tabela de resultados são o 17 e o 18. Ou seja, não é uma pontuação negativa, mas podemos concluir que a nossa amostra de indivíduos dependentes de álcool tem uma baixa auto-apreciação pessoal, tem um baixo

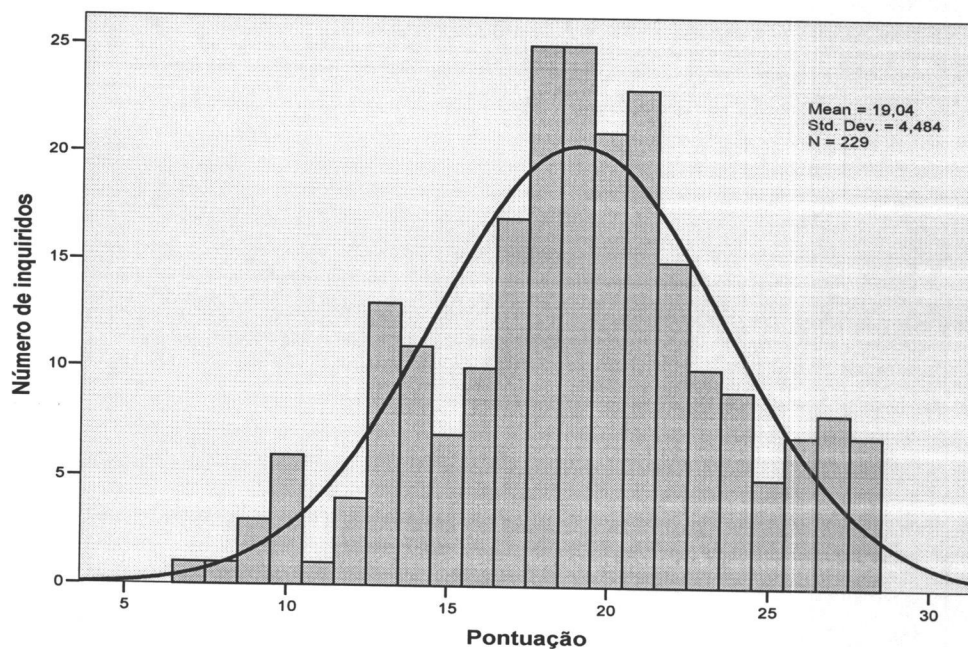
auto-conceito, claramente menor do que o apresentado pelos indivíduos da população geral.

Gráfico 31- Comparação dos Níveis de Auto Apreciação Pessoal entre as diferentes amostras



Fonte: Questionários

Gráfico 32 - Histograma dos Níveis de Auto Apreciação Pessoal



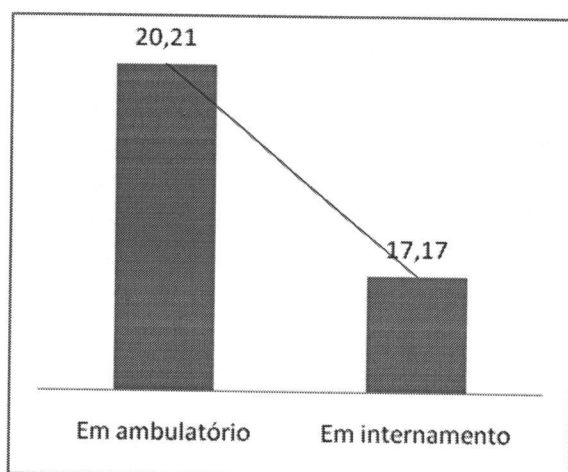
Fonte: Questionários

Ao analisarmos o nível de auto-apreciação pessoal tendo em conta algumas variáveis dos dados sociodemográficos identificados, identificamos algumas curiosidades das quais destacamos as mais significativas.

Quanto ao regime de tratamento, verificamos algo semelhante ao encontrado quando analisamos as habilidades sociais, ou seja os indivíduos internados apresentam um auto-conceito mais baixo do que os indivíduos seguidos em ambulatório, o que poderá estar relacionado com a gravidade da sua situação clínica.

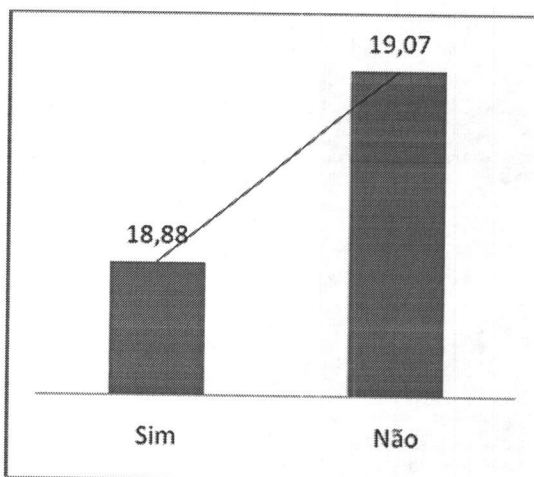
Tal como acontece com os consumos de bebidas alcoólicas, os que mantêm o consumo têm um nível de auto-conceito inferior ao nível dos que se encontram abstinentes.

Gráfico 33 - Nível de AutoApreciação Pessoal de acordo com o regime de tratamento



Fonte: Questionários

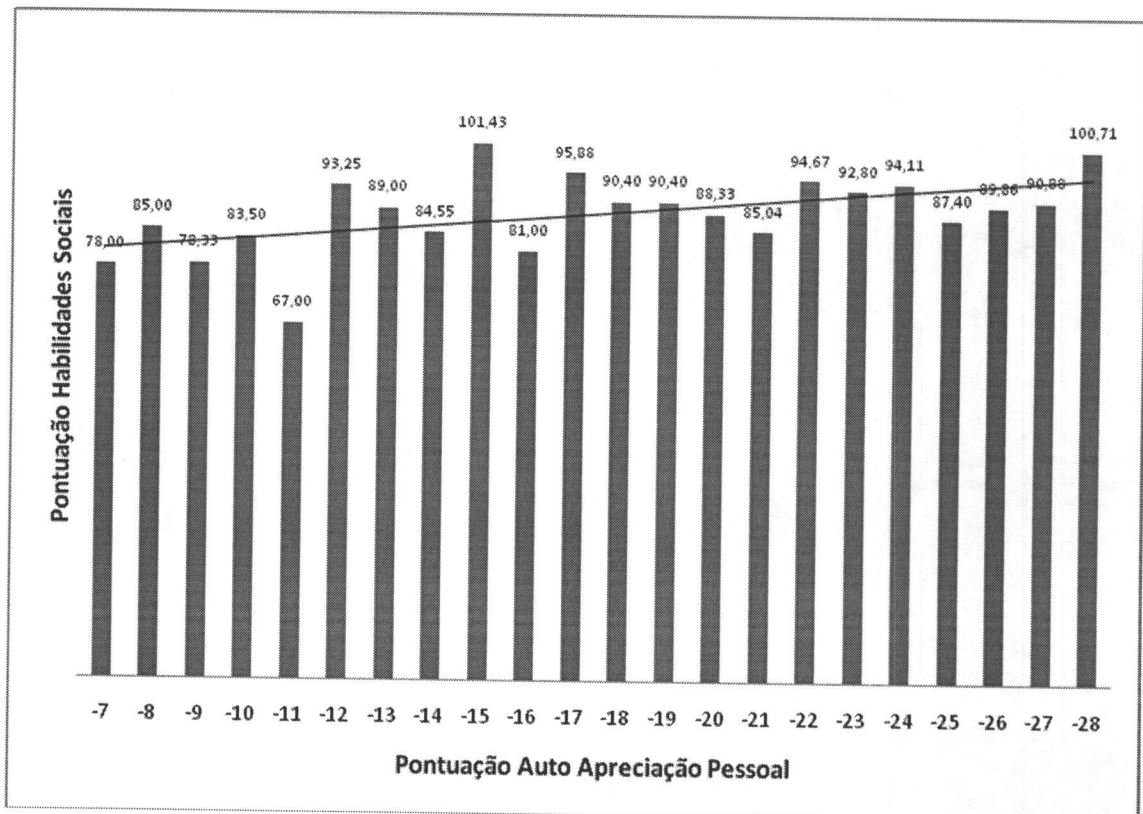
Gráfico 34 - Nível de AutoApreciação Pessoal de acordo com o consumo de bebidas alcoólicas



Fonte: Questionários

Finalmente cruzamos os valores obtidos ao nível das habilidades sociais com os valores obtidos ao nível da auto-apreciação pessoal, e verificamos uma ligeira tendência de aumento da pontuação das habilidades sociais com o aumento da pontuação da auto-apreciação pessoal. Assim, quanto melhor o auto-conceito mais facilidade nas habilidades sociais.

Gráfico 35 - Nível de Habilidades Sociais de acordo com o nível de Auto Apreciação Pessoal



Fonte: Questionários

CONCLUSÃO

Segundo Murta & Magalhães (2003, p.28) *“em qualquer relação interpessoal são requeridas habilidades para que a convivência seja satisfatória aos envolvidos na interação. Tais habilidades são chamadas de habilidades sociais, definidas como classes de comportamentos presentes no repertório de um indivíduo que constituem um desempenho socialmente competente”*.

Por outro lado a competência social é um atributo avaliativo do desempenho social, que depende de sua funcionalidade e da coerência com os pensamentos e sentimentos do indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2001).

Bandeira, et al (2000) chamam a atenção para o desenvolvimento da área de estudos e de aplicação das habilidades sociais, possivelmente relacionado com a crescente complexidade das exigências sociais, tanto no nível pessoal quanto profissional, o que requer cada vez mais das pessoas habilidades sociais elaboradas. Segundo os autores, o desenvolvimento das habilidades sociais é fundamental para a promoção de interações sociais bem sucedidas. Além de que, os défices em habilidades sociais têm sido muitas vezes associadas à presença de diversos distúrbios psicossociais ou psicossomáticos ou a um funcionamento social deficitário dos pacientes psiquiátricos na comunidade. Em consequência, o treino das habilidades sociais tem sido amplamente utilizado no tratamento dos problemas psicossociais e na reabilitação de doentes psiquiátricos, onde se inclui os alcoólicos.

De qualquer modo, um comportamento considerado apropriado numa situação pode ser altamente inapropriado noutra, e vice-versa. Por outro lado, o grau de efectividade dependerá do que a pessoa deseje ganhar com essa situação particular. Ou seja, o indivíduo traz para a situação as suas próprias atitudes, valores e crenças, capacidades cognitivas e um estilo único de interação, o que faz com que não possa haver um critério absoluto de habilidade social (Pades, 2003)

A importância das habilidades sociais para a qualidade de vida é evidente. A própria Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) propõe que os serviços de saúde incluam a promoção das chamadas “habilidades de vida”, da qual fazem parte habilidades sociais denominadas de empatia, comunicação, lidar com o stress e as emoções, resolução de problemas e tomada de decisão (Del Prette & Del Prette, 2006).

A vida social de um indivíduo dependente do álcool é na maioria das vezes um factor de risco para continuar ou aumentar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Um dos grandes fracassos de alcoólico, é não cumprir adequadamente um papel social desejado, o que resulta em prejuízos para si mesmo e para os outros. O indivíduo que abusa no consumo, depressa perde a sua reputação junto de colegas, amigos e familiares, o que o deixa mais intolerante à frustração e aumenta o consumo. A mentira torna-se então sua aliada, pois através dela ele vai reduzindo a ansiedade causada pelo fracasso na vida social e que os outros teimam em deixar bem nítido.

No estudo de Silva (2007) que teve como objectivo verificar os efeitos da dependência de álcool na percepção do indivíduo sobre si próprio e a sua vida, através da análise das variáveis autoconceito, depressão e desesperança conclui-o que foram encontradas diferenças tendencialmente significativas quanto ao autoconceito.

Parece-nos, assim, que identificar os problemas sociais dos quais o indivíduo padece, é fundamental para planear melhor uma estratégia de intervenção, quer seja ela de prevenção, de psicoterapia ou de reabilitação.

Foi nesse sentido que nos propusemos a **Identificar o nível de habilidades sociais em pessoas dependentes de álcool**, tendo definido as seguintes **questões em estudo**, que agora pretendemos responder:

- 1- As pessoas dependentes de álcool apresentam uma baixa capacidade de auto-expressão em situações sociais?
- Sim. A nossa amostra de dependentes de álcool obtém uma pontuação média de 22.07, que equivale a um percentil 50 na escala de parametrização definida por Gismero (2002), valor inferior ao encontrado, tanto no estudo preliminar como no estudo comparativo.

2- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em defender de forma assertiva os seus direitos como consumidores?

- Sim. Em relação á capacidade para defender os seus direitos como consumidores, a nossa amostra de dependentes de álcool, apresentou uma pontuação média de 14.42, claramente inferior á pontuação obtida por qualquer uma das outras amostras estudadas. Este valor equivale ao percentil 40 na tabela de parametrização de Gismero (2002), ou seja é um valor negativo que nos desperta a atenção para a necessidade de um eventual apoio terapêutico.

3- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em exprimir enfado ou desacordo com outras pessoas?

- Sim. Os indivíduos dependentes de álcool apresentaram uma pontuação média de 9.41, inferior a qualquer uma das outras amostras e equivalente a um percentil 45 na tabela de parametrização de Gismero (2002). Mais um valor negativo que nos desperta a atenção para a necessidade de um eventual apoio terapêutico.

4- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em dizer não e em terminar uma interacção que não querem manter?

- Sim. A nossa amostra de dependentes de álcool apresentou uma pontuação média de 15.72, valor abaixo de qualquer uma das outras amostras. Este valor é equivalente ao percentil 60 na tabela de parametrização de Gismero (2002).

5- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldade em fazer pedidos a outras pessoas de algo que desejam?

- Sim. A nossa amostra de dependentes de álcool apresentou uma pontuação média de 14.43 em relação à habilidade para fazer pedidos. Valor acima do encontrado no estudo preliminar, mas claramente abaixo da pontuação média da amostra do estudo comparativo. Este valor corresponde a um percentil 65 na tabela de parametrização de Gismero (2002).

6- As pessoas dependentes de álcool têm dificuldades em iniciar espontaneamente e sem ansiedade interacções com pessoas do sexo oposto?

- Quanto à habilidade para iniciar interacções positivas com o sexo oposto, a nossa amostra de indivíduos dependentes de álcool apresentou um resultado com pontuações médias de 13.90, o que equivale a um percentil 55 na tabela de parametrização de Gismero (2002). Valor abaixo do encontrado para a população em geral.

7- As pessoas dependentes de álcool têm um Nível Global de habilidades sociais inferior ao da população em geral?

- Sim. Definitivamente constatamos que a amostra constituída por indivíduos dependentes de álcool apresenta uma pontuação média na Escala de Habilidades Sociais de 89.96, equivalente ao percentil 55 na tabela de parametrização de Gismero (2002).

Este valor é claramente inferior ao conseguido por qualquer uma das outras amostras analisadas, seja a do estudo preliminar, seja a do estudo comparativo, constituída por indivíduos da população em geral e que conseguiram um percentil 70.

8- Quanto menor é o auto conceito menor é o nível de habilidades sociais nas pessoas dependentes de álcool?

- Sim. A nossa amostra apresentou um resultado “borderline”, com uma pontuação média de 19.04, se considerarmos que os valores de meio da tabela de resultados são o 17 e o 18. Ou seja, não é uma pontuação negativa, mas podemos concluir que a nossa amostra de indivíduos dependentes de álcool tem uma baixa auto-apreciação pessoal, tem um baixo auto-conceito, claramente menor do que o apresentado pelos indivíduos da população geral.

Em termos de limitações do estudo podemos identificar o facto de amostra ter sido constituída apenas por homens, a ausência de estudos semelhantes e a necessidade de tradução da escala de habilidades sociais.

Tal como projectámos, esperamos ter contribuído:

- A nível social para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às pessoas dependentes de álcool, com informações úteis para a definição de linhas de orientação das políticas para a saúde;
- A nível académico, com dados científicos que permitam aos estudantes, da temática em causa, um conhecimento mais pormenorizado sobre as características das pessoas dependentes de álcool;
- A nível pessoal, com o aumento de conhecimentos numa área preferencial;
- A nível profissional, com informação que facilite o desenvolvimento futuro de um programa de intervenção;

- A nível científico, com o aumento de conhecimentos numa área, aparentemente, pouco estudada.

BIBLIOGRAFIA

- Abarca, N. & Hidalgo, C.G. (1989). Evaluación psicométrica de habilidades sociais en jovens universitarios Chilenos. *Revista Análisis del Comportamiento*, 4, 51-62.
- Adés, J. & Lejoux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Alberti, R.E. (1977). Comments on Differentiating assertion and agresión: Some behavioral guidelines. *Behavior Therapy*, 8, 353-354.
- Alberti, R. E. & Emmons, M. L.(1970). *Your perfect right*. San Luis Obispo. California: Impact.
- Aliane, P.P.; Lourenço, L.M. & Ronzani, T.M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 83-88, jan./abr.
- Almeida, A. et al (1999). Avaliação do auto-conceito nos doentes alcoólicos. *Revista Psiquiatria Clínica*, Vol. 20, nº. 4, Coimbra, Outubro-Novembro, p. 307-316.
- Amaral, A.(2002). *Abordagem Colaborativa à Gestão do Conhecimento: Soluções Educativas Virtuais*. Dissertação submetida para discussão do grau de mestre. Porto: Universidade Portucalense.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição, 898p. Lisboa: Climepsi Editores.
- Argyle, M. (1969). *Social interaction*. London: Methuen.
- Argyle, M. (1984). Some new developments in social skills training. *Bulletin of British Psychological Society*, 37, 405-410.
- Argyle, M. (1988). *Bodily communication* (2ª ed.). Methuen: London
- Argyle, M. (1994). *Psicologia del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Universidad. (Original publicado em 1967)
- Argyle, M. & Kendon, A. (1967). The experimental análisis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-98.
- Argyle, M. & Lu, L. (1990). Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences*, vol. 11(12): 1255-1261.
- Argyle, M., Trower, P., & Bryant, B. (1974b). Exploration in the treatment of personality disorders and neurosis by social skills training. *British Journal of Social Psychology*, 47, 63-72.

- Ary, D. (1986). *Introducion a la investigacion pedagógica*. 2ª Edição. México: Interamericana.
- Ayres, L.S.M. (1994). *Uma escala brasileira para a medida da assertividade*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, RJ.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2002). *Habilidades Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Baldivieso, C.C.L. (2006). *Efectos de un programa de enseñanza en habilidades sociales*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología evolutiva y de la educación. Universidad de Granada
- Bandeira, M., Costa, M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. D. & Carneiro, E. G. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): Estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5 (2), pp. 401-419.
- Bandura, A (1986). *Social foundations of thought and action*. New York: Prentice-Hall.
- Baraldi, D.M. & Silveiras, E.F.M. (2003). Treino de habilidades sociais em grupo com crianças agressivas, associado à orientação dos pais: Análise empírica de uma proposta de atendimento. In A.Del Prette & Z.A.P. Del Prette (Ogs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 235-258). Campinas: Alínea.
- Barco, B.L.D. (2002). *Elementos mediadores en la eficacia del aprendizaje cooperativo: Entrenamiento en habilidades sociales y dinámicas de grupo*. Tese doctoral. Universidade de Extremadura, Departamento de Psicología y Sociología de la Educación.
- Barr, R.D. & Parret, W.H. (2001). *Hopefullfilled for at-risk and violent youth: K-12 Programs that work*. Boston: Allyn and Bacon.
- Barrias, J. et al (1992). Prevenção dos problemas ligados ao álcool a nível comunitário. *Revista da sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Setembro/Dezembro, Nº3 , Vol. I, p.p.71-74. Coimbra.
- Bastos, M.C.; Portella, M. & Netto, T. (2005). *Uma experiência de treinamento de habilidades sociais em grupo clinico heterogénico*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Bellack, A. S. & Morrison, R. L., (1982). Interpersonal dysfunction. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Comps.), *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Bertrand, M. (2005). *As habilidades sociais e intrapessoais e sua relação com maior qualidade de vida na terceira idade*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.

- Blanco, A.(1983). Evaluación de las Habilidades Sociales. En R. Fernández Ballesteros y JA Carroble (Eds.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. (pp. 567-606). Madrid: Pirámide.
- Bockoven, J. & Morse, C.L. (1986). A comparative study of the efficacy of the DUSO and DUSO-R on children's social skills and self-esteem. *Elementary School Guidance and Counseling*, Vol. 20(4): 290-296.
- Bolsoni-Silva, A.T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), p. 233-242.
- Bolsoni-Silva, A.T. (2003). *Habilidades Sociais Educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: Comparando pais e mães de pré-escolares*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo.
- Bolsoni-Silva, A.T. & Marturano, E.M. & Manfrinato, J.W.S. (2005). Mães avaliam comportamentos socialmente "desejados" e "indesejados" de pré-escolares. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.10, nº2, p.245-252, mai./ago.
- Borges, C. & Filho, H. (2004). *Usos, abusos e dependência. Alcoolismo e toxicodependência*. Manuel técnico II. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bresnahan, M. ., Shearman, S.M. & Lee, S.Y. (2002). Personal and cultural differences in responding to criticism in three countries. *Asian Journal of Social Psychology*, 5, 93-105.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bryant, B. & Trower, P. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology*, 44, 13-21
- Buck, R.(1991). Temperament, social skills, and the communication of emotion: A developmental-interactionist view. En D. G. Gilbert y J. J. Connolly (Comps.), *Personality, social skills, and psychopathology An individual differences approach* (pp.9). Nueva York: Plenum Press.
- Bueno, J.M.H., Oliveira, S.M.S.S.O., & Oliveira, J.C.S.O. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico-USF*, v.6, n.1, p.31-38, jan./jun. 2001
- Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis de doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Caballo, V.E. (1987b). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carroble (Comps.). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (3ª ed.) (pp.553-595). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.

- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: S.XXI.
- Caballo, V.E. (1995). Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 121-131.
- Caballo, V.E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (5ª ed.). Madrid: S.XXI.
- Caballo, V.E. & Buela G.(1988a). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and Motor Skills*, 1, 591-602.
- Caballo, V.E. & Buela G.(1988b). Factor analyzing the College Self-Expression Scale with a Sapanish population. *Psychological Reports*, 63, 503-507.
- Caballo, V.E., & Buela, G.(1989). Diferencias conductuales, cognoscitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 4, 1-19.
- Cabeças, J. (1992). A família na perspectiva do médico de família – o problema do alcoolismo. *Revista da sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Maio/Agosto, Nº2 , Vol. I, pp.133-144. Coimbra.
- Caldarella, P. & Merrel, K. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: A taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26, 264-278.
- Campos, T. N., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. D. (2000). (Sobre)vivendo nas Ruas: Habilidades Sociais e valores de Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 13 (3), pp. 317-527.
- Candeias, A. A. & Nunes, F. (2005). Competência Humana. Questões acerca da sua natureza. In *Actas I Simpósio de Inteligência Humana*. Évora: Universidade de Évora.
- Cardoso, J.M.N. (1992). Era uma vez uma família alcoólica robot... *Revista da sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Maio/Agosto, Nº2 , Vol.I, p.p.145-152. Coimbra.
- Carlyon, W.D. (1997). Attribution retraining: Implications for its integration into prescriptive social skills training. *School Psychology Review*, Vol. 26(1): 61-73.
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmona, A.E. & Lorr, M. (1992). Dimensions of assertiveness: A cross-cultural comparison of Chilean and U. S. subjects. *Personality & Individual Differences*, 13, 45-48.

- Carneiro, R.S. & Falcone, E.M.O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2004
- Carneiro, R.S. & Falcone, E.O. (2005). Um estudo sobre as competências e deficiências de interação em idosos . *Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Carneiro, R.S.; Falcone, E.O. & Clark, C. (2005). Um estudo sobre as habilidades sociais, a qualidade de vida e a depressão em idosos de diferentes grupos sociais. *Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Carrobbles, J. A.I. (1988). Prólogo al libro de V.E. Caballo: *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro
- Castro, N.M.S. (2005). *Habilidade social: Aplicação e análise do questionário de auto-expressão em pessoas da terceira idade*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Chandler, T., Cook, B. & Dugovic, D. (1978). Sex differences in self-reported assertiveness. *Psychological Reports*, 43, 395-402.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Del Prette, A. (1978). *O treino assertivo na formação do psicólogo*. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, 30, 53-55
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (2002). Avaliação das habilidades sociais de crianças com um inventário multimídia: Indicadores sociométricos associados à frequência versus dificuldade. *Psicologia em estudo*, 1, 61-73.
- Del Prette, A.; Del Prette, Z.A.P. & Barreto, M.C.M. (1998). Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.14, no.3, pp. 219-228.
- Del Prette, A., Del Prette, Z.A.P. & Barreto, M.C.M. (1999). Habilidades sociales en la formación del psicólogo: Análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual* (Espanha): 7, 27-47.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1983). Análise de repertório assertivo em estudantes de Psicologia. *Revista de Psicologia*, (1), 15-24.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, .A. (1999). *Psicologia da habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, .A. (2001). *Inventario de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de Aplicação, Apuração e Interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2006). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática* (2ª Edição). Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Bandeira, M., Gerkecarneiro, E., Falcone, E.M.O., Ulian, A.A.O., Saldaña, M. R. R., Barreto, M.C.M., Villa, M.B. (2004). Habilidades sociais de estudantes de psicologia: Um estudo multicêntrico. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre - RS: , v.17, n.3, p. 341-350, 2004.
- Del Prette, Z.A.P.; Del Prette, A. & Correia, M.F.B. (1992). Competência Social: Um estudo comparativo entre alunos de Psicologia, Serviço Social e Engenharia Mecânica. *Psicólogo Escolar: Identidade e Perspectivas*, p. 282-384.
- Del Prette, Z.A.P.; Del Prette, A.; Garcia, F. A.; Silva, A.T.B. & Puntel, L.P. (1998). Habilidades sociais do professor em sala de aula: um estudo de caso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.11, no.3.
- Del Río, C. & Pérez, M.A. (1993). Planteamientos clínicos en la valoración de las habilidades sociales y sus alteraciones. En A. Blanco (Ed.), *Apuntes de diagnóstico clínico*. Valencia: Promolibro.
- Edwards, G. (1999). *O tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais de saúde*. 3ª Edição. Porto Alegre: Edições Artmed.
- Falcone, E.M.O. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, ABPMC, 1, 23-32.
- Feitosa, F.B. (2003). *Relação família-escola: Como pais e professores avaliam e reagem ao relatório social de crianças com e sem dificuldades de aprendizagem*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em educação Especial. Universidade Federal De São Carlos (SP).
- Fensterheim, H. & Baer, J. (1976). *No digas si cuando quieres decir no*. Barcelona: Grijalbo.
- Fernández Ballesteros, R.(1986). Evaluación de ambientes: una aplicación de la psicología ambiental. En F. Jiménez Burillo y J. I. Aragonés (Comps.), *Introducción a la psicología ambiental*. (pp. 98-115). Madrid: Alianza.
- Fernández Ballesteros, R.(1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ferreira, M.G. & Costa, A. (2003). Adolescentes diferentes? Uma perspectiva baseada no auto-conceito. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Nº. 7, Fevereiro. p.4-11.
- Ferreira, R.P.; Mello, T.V.S.; Moreira, T.F.; Abiraude, P.F.; Silva, L.C.; Kale, K.C.; Steele, A.M.R.; Campos, P.M.A.P. (2005). *Desenvolvimento de habilidades sociais em*

graduandos de psicologia. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.

- Figueredo, P.M.V. (2005). A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciência & Cognição*. Vol 6, pp.123-132.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fray, J.S., & Hector, M.A. (1987). The assertive-aggressive distinction and the cross-cultural perspective. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 10, 103-110.
- Furnham, A. (1979). Assertiveness in three cultures: Multidimensionality and cultural differences. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 522-527.
- Furnham, A. (1993). Communication in foreign lands: The cause, consequences and cures of culture shock. *Language, Culture and Curriculum*, 6, 91-109.
- Furtado, E.S.; Falcone, E.O. & Clark, C. (2005). *Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina da UNI-RIO*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Galassi, J.P., Delo, J. S., Galassi, M.D. & Bastien, S. (1974). The college selfexpression scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5, 165-171.
- Garcia, F.A. (2001). *Investigando diferentes indicadores de empatia em meninos e sua relação com a empatia e ações educativas dos pais*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. FFCLRP - Universidade de São Paulo.
- García Rodríguez, J.A.(1995). La formación en Psicología Social para profesionales de la Salud: Enfermería. En O. Luque y R. Zurriaga (Dir.), *La formación en Psicología Social para no psicólogos*.(pp.106-123). Valencia: NAU Llibres.
- García-Sáiz, M. & Gil, F. (2000). Conceptos, supuestos y modelo explicativo de las Habilidades Sociales. En F. Gil, J.M León, L. Jarana (Eds.), *Habilidades sociales y Salud* (pp.47-57). Madrid: Eudema.
- Gatti, B. A. (1997). *Habilidades cognitivas e competências sociais*. Serie Azul, No. 6. Santiago de Chile: Ilece, orealc/unesco.
- Gil, A.C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gismero, E. (2002). *EHS Escala de Habilidades Sociales. Manual*. Madrid: TEA Ediciones S.A..
- Godwin & Guze (1981). *Diagnóstico da doença mental*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Gomes da Silva, V.M.G. (2000). *Indicadores de rejeição em grupo de crianças*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência. Universidade Federal do Paraná.
- Gresham, F.M. (1988). Social skills. Conceptual and applied aspects of assessment, training, and social validation. En J.C. Witt (Eds.), *Handbook of behavior therapy in Education*. New York: Plenum Press.
- Gresham, F.M. & Elliott, S.N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Hidalgo, C.G. & Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22, 2165-282.
- Hidalgo Montesinos, M.D.; Galindo Garre, F.; Ingles Saura, C.J.; Campoy Menendez, G.; Ortiz Soria, B. (1999). *A study of differential item functioning in a social skills scale for adolescents*. *Anales de Psicología*; Vol. 15(2): 331-343.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (1999). *Exame Nacional do Ensino Médio: Documento Básico 2000*. Brasília: INEP.
- Ismail, F. (2002). *Álcool benigno, álcool maligno*. Porto: Âmbar.
- Jackson, H.J.; Moss, J.D. & Solinski, S. (1985). Social skills training: An effective treatment for unipolar nonpsychotic depression? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 19(4): 342-353.
- Kalina, E. (2001). *Clinica e Terapêutica de Adicções*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.; Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kelly, J. A. (1982). *Social-skills training: A practical guide for intervention*. New York: Springer.
- Kelly, J.A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kleijn, M.V.B., & Del Prette, Z.A.P. (2002). Habilidades sociais em alunos com retardo mental: Análise de necessidades e condições. *Cadernos de Educação Especial*, 20, 31-54.
- Kurdek, L.A. & Krile, D. (1983). The relation between third through eighth-grade children's social cognition and parents' ratings of social skills and general adjustment. *Journal of Genetic Psychology*, Vol. 143(2): 201-206.
- Lange, A. J. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Lazarus, A.A. (1966). Behavior rehearsal vs. Nondirective therapy vs. Advice in affecting behavior change. *Behavior Research and Therapy*, 4, 209-212.

- Lazarus, A.A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- Libert, J & Lewinsohn, P. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Linehan, M.M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situations. En E.A. Bleechman (Ed.), *Behavior modification with women*. Nueva York: Guilford Press.
- Lohr, S.S. (2003). Estimulando o desenvolvimento de habilidades sociais em idade escolar. In Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.293-310). Campinas: Alínea.
- Margalit, M.; Eysenck, S. (1990). Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality, and family climate. *Journal of Research in Personality*. Vol. 24(4): 510 521
- Martini, M.L. (2003). *Relações professor-aluno e rendimento acadêmico: Uma análise das crenças, sentimentos e desempenhos de professores e alunos do Ensino Fundamental*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em psicologia. FFCLRP- Universidade de São Paulo.
- Martins, M.A. (1992). *Alguns aspectos da dinâmica relacional na família do alcoólico*. Coimbra: Revista da sociedade Portuguesa de Alcoologia, Maio/Agosto, Nº2 , Vol. I, pp.125-132.
- Matos, A.C. (2002). *Adolescência: o triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1998). O que é inteligência emocional? Em P. Salovey & D.J. Sluyter (Orgs.), *Inteligência emocional na criança: aplicações na educação e no dia-a-dia*. (pp. 13-49). Rio de Janeiro: Campus.
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- McGinnis, E., Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P. & Gershaw, N.J. (1984). *Skillstreaming the elementary school child: A guide for teaching prosocial skills*. Champaign: Illinois: Research Press.
- Melo, M.H.S. (2004). *Crianças com dificuldades de interação no ambiente escolar: Uma intervenção multifocal*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade de São paulo.
- Mello, M.L.M. & Barrias, J. (1986). Alcoolismo. In Cordeiro, J.C.D. (1986). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mello, M.L.M.; Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

- Mello, M.L.M.; Pinto, A.P.; Frazão, M.H. & Rocha, J.P.P. (1988). *Manual de alcoologia para o clínico geral*. Coimbra: Delagrangue.
- Molina, R.C. & Del Prette, Z.A.P. (2002). *Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: Uma análise funcional*. CD-ROM dos Anais do V Encontro de Pesquisa e Educação da Região Sudeste: Tendências e Desafios (CCD 370), Águas de Lindóia (SP).
- Monjas, I. (1994). *Programa de entrenamiento en habilidades en interacción social (PEHIS)*. Salamanca: Trilce.
- Monjas, I. (2002). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. Madrid.
- Monjas, I., Verdugo, M.A. & Arias, B. (1995). *Eficacia de un programa para enseñar habilidades de interacción social al alumnado con necesidades educativas especiales en educación primaria e infantil*. *Siglo Cero*, 26 (6),15-27.
- Moreno, J.L. (1955). *Psychodrama*. Vol 1. New York. Basic Books
- Murta, S. G. & Magalhães, P. P. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP*, Vol. 11, Nº 1, pp. 28-37.
- Netto, T. & Vega, K. (2005). *Treinamento em habilidades sociais no contexto das negociações*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Nikura, R. (1999). The psychological process underlying Japanese assertive behavior: Comparison of Japanese with Americans, Malaysians and Filipinos. *International Journal of Intercultural Relations*, 23, 47-76.
- Nunes, J. & Pateiro, V. (2000). *Etilização aguda e acção de enfermagem*. Coimbra: Revista Sinais Vitais, Maio, Nº30, p.p.13-22.
- Oei, T. P.; Jackson, P. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*. Vol. 5(2): 129-136.
- Oliveira, C.A.C. (1999). Auto-conceito e rendimento escolar. Que relação? *Revista Sinais Vitais*, Nº. 27, Coimbra, Novembro. p. 27-32.
- Oliveira, K. L., Noronha, A. P. P., Dantas, M. A. & Santarém, E. M. (2005). O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos. *Psicologia em estudo, Maringá*, Vol. 10, Nº 1, p. 127-135.
- Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social Teórica y Aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Pades, A. (2003). *Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención*. Tese de doutoramento em Psicologia. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Padeiro, D. & Cravidão, J. (2005). A Catapulta para a dependência... Factores de risco que influenciam o consumo abusivo de Álcool. *Hospitalidade*, Ano 69, Nº. 267, Janeiro-Março.
- Paula, J.A. & Del Prette, Z.A.P. (1998). Habilidades sociais em crianças com história de fracasso escolar: Uma proposta de intervenção. In M.C., M.A. Almeida, E.E.O. Tanaka, N.N.R. Mori & E.M. Shimazaki (Orgs.), *Perspectivas interdisciplinares em Educação Especial* (pp.165-170). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Pearson, A. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Peçanha, R.F. & Falcone, E.O. (2005). Transtornos alimentares e habilidades sociais. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Peixoto, A.C.A. (2005). *Avaliação das habilidades sociais em crianças portadoras de mutismo selectivo*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Pelechano, V. (1991). *Habilidades interpersonales en ancianos: conceptualización y evaluación*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1996). *Habilidades interpersonales*. Valencia: Promolibro.
- Pelechano, V. (1999). Habilidades interpersonales: Antecedentes, sentido y operacionalización. *Análisis y Modificación de conducta*, 25 (100), 171-195.
- Penido, M.A.; Fortes, S. & Rangé, B. (2005). *Habilidades sociais e fibromialgia: Existe uma relação?*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Penn, D.L.; Corrigan, P.W.; Martin, J.; Ihnen, G.; Racenstein, J. Meg.; Nelson, D.; Cassisi, J.; Hope, D.A. (1999). Social cognition and social skills in schizophrenia: The role of self-monitoring. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 187(3): 188-190.
- Petti, V. L. (1999). *Emotion perception competence and its relationship to social skills, personality characteristics, and self-concept of children with varied cognitive abilities in a psychiatric sample*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol. 59(8-B): 4480.
- Pinheiro, M.I., Haase, V. & Del Prette, A. (2002). *Pais como co-terapeutas: Treinamento em habilidades sociais como recurso adicional*. Belo Horizonte: FAFICH/UFMG.
- Pinto, A.C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal da Psicologia.

- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Investigación científica en ciencias de la salud*. 2ª Edição. México: Nueva Editorial Intramericana.
- Portella, M.; Bastos, M.C.; Netto, T. & Vega, K. (2005). *Treinamento em Habilidades sociais: Impactos comportamentais no cenário empresarial*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Preto, A.P. (1992). Aspectos psicológicos no tratamento do doente alcoólico. *Revista da sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Janeiro/Abril, Nº1 , Vol.1, p.p.119-122. Coimbra.
- Primi, R., Santos, A.A.A., Vendramini, C. M., Taxa, F., Muller, F. A., Lukjanenko, M.F. & e Sampaio, I.S. (2001). Competências e Habilidades Cognitivas: Diferentes Definições dos Mesmos Construtos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Mai-Ago 2001, Vol. 17 n. 2, pp. 151-159.
- Quivy, R. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Ramey, C.T. & Tamey, S.L. (1999). *Right from birth: Building your child's foundations for life*. New York: Goddard Press.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Ribeiro, J.L. (1994). Adaptação do *the self-perception profile for college students* à população portuguesa como instrumento de utilização no contexto da psicologia da saúde. In: L. Almeida e I.Ribeiro(Org.). *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp129-138).Braga: APPOINT
- Rice, M.E.; Chaplin, T.C. (1979). Social skills training for hospitalized male arsonists. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol. 10(2): 105-108.
- Rich, A. R. y Schroeder, H. E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Riggio, R.E.; Throckmorton, B. & DePaola, S. (1990). Social skills and self-esteem. *Personality and Individual Differences*. Vol. 11(8): 799-804.
- Riggio, R.E.; Tucker, J. & Throckmorton, B. (1987). Social skills and deception ability. *Personality and Social Psychology Bulletin*. Vol. 13(4): 568-577.
- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1983). *Terapia Comportamental: técnicas e resultados experimentais*. Manole.
- Rinn, R.C. & Markle, A. (1979). Modification of social skill deficits in children. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.) *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum Press.
- Rocha, J.P. (1992). Aspectos da doença alcoólica. *Revista da sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Janeiro/Abril, Nº1 , Vol.1, p.p. 115-118. Coimbra.

- Rodrigues, D. (2005). *As Habilidades sociais e os relacionamentos conjugais*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005.
- Roussaux, J.; Faoro-Krit, B. & Denis-Hers (2002). *O alcoólico em família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sá, A.P.; Lima, E.; Grangeiro, T. & Silva, E.L. (2005). *Relações específicas entre os itens do inventário de habilidades sociais e da escala de auto-eficácia académica peregida*. Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 30 de Set. 2005
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Nueva York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Santos, N.R. (2005). *Projectos de Investigação em psicologia: Guia para a sua elaboração e execução*. Évora: Nepue.
- Saranson, B.R.; Saranson, I.G.; Hacker, T.A.; Basham, R.B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 49(2): 469-480.
- Schreuder, M. (1987). Social skills training in psychiatric outpatients. *Gedragstherapie*. Vol. 20(4): 271-283.
- Serra, A. (1986). O Inventário clínico de auto-conceito. *Revista Psiquiatria Clínica*, nº.7 (2), p. 67-84.
- Silva, A. (2006) *Consumo de Álcool em Docentes. Estudo exploratório utilizando os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1998/99*. Dissertação de Mestrado em Saúde Escolar. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Silva, A.S. & Pinto, J.M. (1990). *Metodologia das Ciências Sociais*. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento, nº 270.
- Silva, C.A.T. (2004). *Habilidades sociais em fusão de organizações: Uma estratégia preventiva do estresse*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade Metodista de São Paulo.
- Silva, I.A.G. (2007). Auto-conceito, Depressão e Desesperança nos Indivíduos Dependentes de Álcool. *Revista Saúde Mental*, Volume IX Nº5 Setembro/Outubro.
- Sirgado, A. (2000). O social e o cultural na obra de Vigotski. *Educação & Sociedade*, ano XXI, nº 71, Julho/00.
- Smith, M. J. (1988). *Si puedo decir no. Enseñe a sus hijos a ser asertivos*. Barcelona: Grijalbo.
- Spencer, P.G.; Gillespie, C.R. & Ekisa, E.G. (1983). A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 143: 165-172.

- Stephens, T.M. (1992). *Social Skills in the classroom*. Odessa (FL): *Psychology Assessment Resources*.
- Stravynski, A; Grey, S. & Elie, R. (1987). Outline of the therapeutic process in social skills training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 55(2): 224-228.
- Stravynski, A.; Lesage, A.; Marcouiller, M. & Elie, R. (1989). A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 177(12): 739-744.
- Schuckit, M.A. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. 1ª Edição. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Stuart, G.W. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Togasaki, Y. & Sakano, Y (1997). Effects of mother's attitude for child rearing on social skills and school adaptation in elementary school children: From the point of view of the attitude for child rearing of active refusal type. *Japanese Journal of Educational Psychology*. Vol. 45(2): 173-182.
- Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Townsend, M.C. (2000). *Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de cuidados*. Terceira edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Trianes, M.V. (2002). Estrés en la relación com otros niños. Em M. V. Trianes (Org.), *Estrés en la Infância: Su prevención y tratamiento* (pp. 135-172). Madrid: Narcea.
- Trianes, M.V., Muñoz, A.M. y Jiménez, M. (1997). *Competencia social: Su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Trower, P., Bryant, B., y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.
- Vega, K. & Netto, T. (2005). Treino de habilidades sociais na díade terapeuta-cliente: Estudos de caso. *Anais da 3ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, UERJ, 30 de Set. 2005
- Verdugo, M. (1989). *Programas conductuales alternativos para la educación de los deficientes mentales. Programa de habilidades sociales*. Madrid: Mepsa.
- Vallés, A & Vallés C. (1996). *Las Habilidades Sociales en la Escuela: una propuesta curricular*. Madrid: EOS.
- Valliant, P.M. & Antonowicz, D.H. (1991). Cognitive behaviour therapy and social skills training improves personality and cognition in incarcerated offenders. *Psychological Reports*. Vol. 68(1): 27-33.
- Vygotski, L. (2003). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

- Vigotski, L. (2003b). *Psicologia pedagógica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wallace, C.J. & Liberman, R.P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*. Vol. 15(3): 239-247.
- Weber, L & Col. (Sd.). *Estilos e práticas parentais e determinantes para o desenvolvimento e socialização de crianças e adolescentes*, Universidade do Paraná, Sd. Disponível em <http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/051005/pesquisas.doc>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, California: Stanford University press.
- Wolpe, J. y Lazarus, A.A (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis*. Nueva York: Pergamon Press.
- Wood, P.S. & Mallinckrodt, B. (1990). Culturally sensitive assertiveness training for ethnic minority clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 5-11.
- Yashima, T. & Tanaka, T. (2001). Roles of social support and social skills in the intercultural adjustment of Japanese adolescents sojourners in USA. *Psychological Reports*, 3(2), 1201-1210.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

QUESTIONARIO

As Habilidades Sociais em Dependentes de Álcool

Exmo. Senhor

Este questionário que chega até si, insere-se numa investigação presentemente em curso sobre as habilidades sociais em dependentes de álcool.

A sua colaboração é para nós fulcral para a prossecução dos objectivos a que nos propomos, na medida em que vai contribuir para o desenvolvimento de conhecimento nesta área, no decurso de investigação no âmbito de um mestrado em psicologia, frequentado na Universidade de Évora. Para o efeito, solicitamos que responda conforme as indicações que lhe são fornecidas para cada conjunto de questões.

O questionário é constituído por três partes, na primeira apresentam-se alguns itens para recolha de dados sócio - demográficos; a segunda é sobre habilidades sociais e a terceira sobre auto-apreciação pessoal. Não deixe nenhuma questão por responder, não existem boas nem más respostas, apenas a sua opinião é importante.

Assegura-se nesta investigação o sigilo e a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a sua utilização no âmbito estrito da realização e divulgação deste trabalho.

Obrigado pela sua colaboração

Hélder António Henriques Marques

PRIMEIRA PARTE: Caracterização sócio – demográfica

As questões que se seguem, destinam-se à caracterização da amostra recolhida com o presente questionário. Coloque por favor uma cruz nas respostas mais adequadas.

Nº de Utente: _____

<p>1- Idade: _____ Anos</p>	
<p>2- Profissão: _____</p>	
<p>3- Escolaridade:</p>	
Não sabe ler nem escrever-----	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo (4ª Classe) -----	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo (Antigo 2º Ano) -----	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo (Antigo 5º Ano) -----	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário-----	<input type="checkbox"/>
Ensino superior-----	<input type="checkbox"/>
<p>4- Estado civil / Situação marital:</p>	
Casado / União de facto -----	<input type="checkbox"/>
Solteiro-----	<input type="checkbox"/>
Divorciado-----	<input type="checkbox"/>
Viúvo-----	<input type="checkbox"/>
<p>5- Com quem vive? _____</p>	
<p>6- Nº de Filhos:</p>	
0-----	<input type="checkbox"/>
1-----	<input type="checkbox"/>
2-----	<input type="checkbox"/>
3-----	<input type="checkbox"/>
4e+-----	<input type="checkbox"/>
<p>7- Instituição actual:</p>	
<p>8- Há quanto tempo está em tratamento?</p>	_____
<p>9- É acompanhado:</p>	
Em ambulatório -----	<input type="checkbox"/>
Em internamento -----	<input type="checkbox"/>
Em Hospital de dia -----	<input type="checkbox"/>
<p>10- Há quantos dias está internado?</p>	
<p>11- Nº de Internamentos anteriores devido Álcool? _____</p>	
<p>12- Nesta data:</p>	
Continua a consumir bebidas alcoólicas ----	<input type="checkbox"/>
Não consome bebidas alcoólicas -----	<input type="checkbox"/>

SEGUNDA PARTE: Habilidades Sociais

Nesta página aparecem frases que descrevem diversas situações. Deve lê-las com atenção e responder em que medida se identifica, ou não, com cada uma delas. Se o descrevem bem ou não.

Não há respostas boas ou más, o importante é que responda com a máxima sinceridade. Se nunca esteve perante uma das situações descritas, imagine como reagiria caso estivesse.

A	Não me identifico nada com esta situação; a maior parte das vezes, isto não aconteceria ou eu não faria isto.
B	Não sou bem assim, embora possa acontecer de vez em quando.
C	Sou assim, embora nem sempre reaja ou me sinta desta forma.
D	Concordo totalmente – é assim que eu me sentiria ou reagiria a maior parte das vezes.

Anote as suas respostas rodeando a letra da alternativa que melhor se ajuste ao seu modo de ser ou de actuar
Confirme que assinala a letra na mesma da frase que leu.

1.	Às vezes evito fazer perguntas com receio de parecer pouco inteligente.	A	B	C	D	1.
2.	Não gosto de telefonar para lojas, escritórios, etc.	A	B	C	D	2.
3.	Se, quando chegar a casa, descobrir defeitos em alguma compra que fiz, volto à loja para a devolver.	A	B	C	D	3.
4.	Quando uma pessoa que chega depois de mim a uma loja é servida antes de mim, fico calado.	A	B	C	D	4.
5.	Se um vendedor insiste em mostrar-me um produto que em nada me interessa, custa-me dizer-lhe que não.	A	B	C	D	5.
6.	Às vezes acho complicado pedir que me devolvam alguma coisa que emprestei.	A	B	C	D	6.
7.	Se num restaurante não trazem a refeição tal como eu tinha pedido, chamo o empregado e peço que tragam outra.	A	B	C	D	7.
8.	De vez em quando não sei o que dizer às pessoas atraentes do sexo oposto.	A	B	C	D	8.
9.	Quando devia fazer um elogio, muitas vezes não sei o que dizer.	A	B	C	D	9.
10.	Geralmente não dou a minha opinião para não ficar mal visto.	A	B	C	D	10.
11.	De vez em quando, evito ir a certas reuniões sociais porque tenho receio de fazer ou dizer alguma asneira.	A	B	C	D	11.
12.	Se estiver no cinema e alguém estiver a falar e a incomodar-me, custa-me muito pedir-lhe que se cale.	A	B	C	D	12.
13.	Quando um amigo expressa uma opinião com a qual eu não concordo nada, prefiro ficar calado a manifestar abertamente aquilo que penso.	A	B	C	D	13.
14.	Quando estou com muito pressa e uma amiga me telefona, custa-me muito cortar-lhe a conversa.	A	B	C	D	14.
15.	Há certas coisas que não gosto de emprestar, mas, se alguém mas pedir emprestadas, não sei como recusar.	A	B	C	D	15.
16.	Se saio de uma loja e reparo que me deram o troco errado, volto à loja e peço o troco certo.	A	B	C	D	16.
17.	Não é fácil para mim fazer um favor a alguém de quem gosto.	A	B	C	D	17.
18.	Se, numa festa, vejo alguém atraente do sexo oposto, tomo a iniciativa e meto conversa com ele/ela.	A	B	C	D	18.
19.	É complicado expressar os meus sentimentos aos outros.	A	B	C	D	19.
20.	Se tivesse que andar a procura de emprego, preferia escrever cartas a ter que enfrentar entrevistas pessoais.	A	B	C	D	20.
21.	Sou incapaz de regatear ou pedir um desconto quando vou comprar qualquer coisa.	A	B	C	D	21.
22.	Quando um parente próximo me aborrece, prefiro esconder os meus sentimentos a mostrar que estou zangado.	A	B	C	D	22.
23.	Nunca sei como interromper um amigo quando está a falar demasiado.	A	B	C	D	23.
24.	Quando decido que não quero voltar a sair com alguém, custa-me muito comunicar-lhe a minha decisão.	A	B	C	D	24.
25.	Se um amigo ao qual emprestei uma quantia de dinheiro parece ter-se esquecido disso, eu lembro-o.	A	B	C	D	25.
26.	Normalmente custa-me muito pedir favores a um amigo.	A	B	C	D	26.

A	Não me identifico nada com esta situação; a maior parte das vezes, isto não aconteceria ou eu não faria isto.
B	Não sou bem assim, embora possa acontecer de vez em quando.
C	Sou assim, embora nem sempre reaja ou me sinta desta forma.
D	Concordo totalmente – é assim que eu me sentiria ou reagiria a maior parte das vezes.

Anote as suas respostas rodeando a letra da alternativa que melhor se ajuste ao seu modo de ser ou de actuar
Confirme que assinala a letra na mesma da frase que leu.

27.	Não sou capaz de convidar alguém a sair.	A	B	C	D	27.
28.	Fico envergonhado ou enervado quando uma pessoa do sexo oposto diz que gosta de algum aspecto do meu físico.	A	B	C	D	28.
29.	Custa-me expressar a minha opinião em grupo (na aula, em reuniões, etc.).	A	B	C	D	29.
30.	Quando alguém se põe à minha frente numa fila, faço de conta que não vi.	A	B	C	D	30.
31.	É muito difícil para mim mostrar agressividade ou aborrecimento com o sexo oposto, mesmo que tenha motivos para tal.	A	B	C	D	31.
32.	Muitas vezes prefiro ceder, ficar calado ou afastar-me para evitar problemas com os outros.	A	B	C	D	32.
33.	Há ocasiões em que não sei como recusar sair com alguém que me tenha telefonado várias vezes, apesar de não me apetecer sair com essa pessoa.	A	B	C	D	33.

TERCEIRA PARTE: Como Eu Sou Em Comparação Com Os Outros

Vamos apresentar um conjunto de frases que permitem às pessoas descrever-se a si próprios por comparação com as outras pessoas. Não há respostas boas ou más, certas ou erradas porque as pessoas diferem muito entre si.

Em primeiro lugar deve decidir se é a frase do lado esquerdo do quadro que o descreve melhor ou se é a do lado direito. Uma vez escolhida a frase que melhor o descreve, deve decidir se você “é mesmo assim”, ou se “é mais ou menos assim”. Depois de se decidir marca uma cruz dentro do quadrado respectivo. Para cada conjunto de quatro quadrados relativos a cada par de frases **só deve assinalar um quadrado**. Uma vez vai colocar a cruz do lado direito e outras do lado esquerdo, mas nunca deve colocar na mesma linha do lado direito e esquerdo ao mesmo tempo

SOU MESMO ASSIM	SOU MAIS OU MENOS ASSIM				SOU MAIS OU MENOS ASSIM	SOU MESMO ASSIM
		Algumas pessoas gostam de ser como são	MAS	Outras pessoas gostariam de ser diferentes		
		Algumas pessoas estão muitas vezes desiludidas consigo próprias	MAS	Outras pessoas normalmente sentem-se satisfeitas consigo próprias		
		Algumas pessoas gostam da maneira como conduzem a sua vida	MAS	Outras pessoas, muitas vezes, não gostam da maneira como conduzem a sua vida		
		Algumas pessoas preferiam ser diferentes	MAS	Outras pessoas estão muito contentes por serem como são		
		Algumas pessoas habitualmente gostam de si mesmo como pessoa	MAS	Outras pessoas muitas vezes não gostam de si mesmo como pessoas		
		Algumas pessoas não estão satisfeitas com a maneira como fazem as suas tarefas	MAS	Outras pessoas estão bastante satisfeitas com a maneira como fazem as suas tarefas		
		Algumas pessoas estão muitas vezes descontentes consigo mesmo	MAS	Outras pessoas estão habitualmente bastante contentes consigo mesmo		

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO